

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

1. O QUE É TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO?

O Transtorno Obsessivo Compulsivo, ou simplesmente TOC, é um distúrbio caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, sentimentos, idéias, impulsos ou representações mentais vividos como intrusos e sem significado particular para o indivíduo; embora o indivíduo os reconheça como frutos do seu próprio psiquismo, ele não consegue tirá-los da sua consciência, apesar de desejar fazê-lo. As obsessões mais comuns são as de limpeza e contaminação (por sujeira e doenças), verificação, escrupulosidade (moralidade), religiosas e sexuais. Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais, realizados com uma determinação e premência que frequentemente independem da vontade do indivíduo; podem ocorrer em resposta ou não a uma obsessão. As compulsões mais comuns são: limpeza e lavagem, verificação, contagem, ordenação e arranjo, rezar e colecionar. As compulsões podem diminuir os sentimentos desagradáveis decorrentes das obsessões, como ansiedade, nojo ou desconforto.

2. O TOC É UMA DOENÇA NOVA?

Absolutamente. Descrições de sintomas obsessivo-compulsivos podem ser reconhecidas em documentos religiosos do século XV, em observações sobre escrúpulos religiosos anormalmente intensos no século XVII, e nas obras de autores como Hartley (1774), que escreveu sobre “idéias fixas e recorrentes”; Esquirol (1838) escreveu sobre “delírios parciais” e Legrand du Saule (1875) escreveu sobre a “loucura de tocar”, entre outros. Pierre Janet, em 1903, em seu livro “Les Obsessions et la Psychasténie” descreveu as obsessões e compulsões classificando os diversos tipos de manifestação clínica encontrados em pacientes com TOC. Mais tarde, Freud formulou hipóteses para o surgimento dos sintomas descritos por Janet, focalizando nos aspectos internos e inconscientes dos pacientes. Durante a primeira metade deste século as teorias psicodinâmicas predominaram como referência para o diagnóstico e o tratamento do TOC. A partir da década de 70, com as mudanças que ocorreram na metodologia do estudo das doenças psiquiátricas e com os avanços da psicofarmacologia e das neurociências, outros aspectos, além dos psicodinâmicos, ganharam importância (genéticos, neuroquímicos, psicofarmacológicos, neurorradiológicos), e os sintomas obsessivo-compulsivos passaram a ser vistos como características fundamentais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

3. COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DE TOC?

O diagnóstico é principalmente clínico, ou seja, através de uma entrevista médica cuidadosa e detalhada podemos dizer se o indivíduo sofre ou não desta doença. Para isso, utilizamos mais frequentemente os critérios diagnósticos da Associação Psiquiátrica Americana, cuja última versão é de 1994 (existe ainda a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, hoje na sua décima versão, de 1992):

A. Presença de obsessões ou compulsões

Obsessões, definidas por (1), (2), (3) e (4):

(1) pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento

(2) os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

(3) a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-las com algum outro pensamento ou ação

(4) a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não imposta a partir de fora, como na inserção de pensamentos)
Compulsões, definidas por (1) e (2):

(1) comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas

(2) os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos

B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. Nota: isso não se aplica a crianças.

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D. Se um outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., abuso de drogas, medicamentos) ou de uma condição médica geral.

4. COMO O TOC COSTUMA EVOLUIR SE NÃO FOR TRATADO?

O TOC é uma doença crônica, que pode evoluir com períodos de melhora e piora ou com sintomas contínuos, variando de intensidade. A maioria dos pacientes demora alguns anos até receber o diagnóstico correto, tanto como consequência de desinformação como por vergonha de se expor aos profissionais de saúde, entre outros fatores.

O prognóstico parece variar em função da idade de início dos sintomas (o início precoce parece estar relacionado a uma pior resposta ao tratamento), tipos de sintomas apresentados, associação com outros diagnósticos psiquiátricos e outros fatores que vêm sendo estudados mais recentemente, como a presença de tiques e certos fenômenos que podem associar-se às compulsões, tais como pensamentos, sensações físicas desconfortáveis (falta de ar, taquicardia, tontura, sudorese, entre outros) e sensações como “ter que” fazer algum ritual, necessidade de olhar para um arranjo simétrico de objetos, necessidade de realizar um comportamento repetitivo para descarregar alguma energia mental, entre outros.

5. QUAL É A PREVALÊNCIA DO TOC NO BRASIL E NO MUNDO?

Estudos realizados em diferentes continentes e culturas, inclusive no Brasil, apontam para uma prevalência do TOC de 2,5% ao longo da vida. Ou seja, 25 em cada 1000 pessoas sofrem com obsessões e/ou compulsões em algum momento das suas vidas. O TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente na população, vindo atrás das fobias, dos transtornos do humor (depressões) e das dependências químicas. Isso reforça ainda mais a necessidade de se fazer um diagnóstico e encaminhamento terapêutico adequados o mais cedo possível.

6. QUAIS SÃO AS CAUSAS DO TOC?

A etiologia (causas) do TOC ainda é desconhecida. O TOC é provavelmente resultante de fatores causais diferentes. Algumas formas de TOC são familiares e podem estar associadas a uma

predisposição genética. Outras apresentam-se como casos esporádicos. Entre os casos familiares, parte parece estar relacionada aos transtornos de tiques, como por exemplo a Síndrome de Tourette (ST). O TOC de início precoce está associado com uma preponderância masculina e um risco aumentado de transtornos de tiques.

Estudos neuroquímicos (com mensageiros químicos que transmitem os impulsos nervosos) têm implicado neurotransmissores conhecidos como monoaminas e neuropeptídeos na fisiopatologia (mecanismo que estabelece a doença) do TOC, ST, e doenças relacionadas. A principal evidência disponível relaciona-se com a eficácia bem estabelecida dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) no tratamento do TOC. A dopamina (outro neurotransmissor) e substâncias conhecidas como opióides também têm sido implicados. Recentemente, surgiu a hipótese do excesso de atividade de um sistema cerebral envolvendo o hormônio oxitocina (OT) em pacientes com TOC sem tiques. Especula-se que pacientes com TOC associado à OT podem ser mais responsivos aos ISRS do que os pacientes com TOC associado a tiques.

Levando-se em conta os diversos estudos de neuroimagem (tomografia e ressonância magnética), observa-se um padrão de ativação cerebral no TOC que sugere disfunção de um circuito neural que inclui as seguintes estruturas cerebrais: cortex orbitofrontal, núcleo estriado, cortex anterior do cíngulo e tálamo. Assim, o funcionamento anômalo de um circuito que envolve os gânglios da base (caudado), o tálamo e o cortex frontal (região orbito-frontal), tem sido sugerido como importante na fisiopatologia do TOC.

Existem diversas teorias para explicar o envolvimento desse circuito. Interessantemente, um grupo da Califórnia liderado por Lewis Baxter, acreditam que os circuitos cortico-estriato-tálamo-corticais evoluíram nas diversas espécies animais, no sentido de direcionar a atenção para as ações necessárias (por exemplo, diante de ameaças), e depois desencadear atitudes para a sua preservação até o perigo ser considerado como passado. Nesse sentido, sugerem que um déficit no funcionamento do núcleo caudado levaria a uma filtragem (repressão) inadequada de preocupações (pensamentos violentos ou medos de contaminação) originadas no cortex orbitofrontal. A ausência de inibição desses pensamentos pelo caudado teria um papel de reforçar a importância daquela preocupação indevida, provocando então a necessidade do cortex orbitofrontal desencadear uma ação adaptativa: as compulsões.

7. COMO É O TRATAMENTO DO TOC?

O tratamento do TOC envolve aspectos educacionais, abordagens psicológicas, psicofarmacológicas e, em casos extremos, neurocirurgia. O esclarecimento sobre as características do transtorno e a orientação no sentido da sua desestigmatização podem de imediato trazer muito alívio ao paciente. Nas crianças, entre os principais objetivos do tratamento, está o de garantir o seu desenvolvimento adequado e a auto-estima.

Entre as abordagens psicológicas, a terapia comportamental foi a que se mostrou mais eficaz até o momento. As técnicas comportamentais procuram ajudar o paciente a se expor repetidamente aos seus pensamentos obsessivos (estímulo temido) conjuntamente com o impedimento do comportamento compulsivo ou ritual (prevenção de resposta), no sentido de aliviar a ansiedade gerada por aqueles. Tal exposição promove a habituação, ou seja, o declínio da resposta de ansiedade, toda vez que o estímulo é reapresentado. A técnica de prevenção de resposta promove a aprendizagem de que a ansiedade se reduz por si só, desconfirmado a crença de que o ritual é necessário para o alívio da ansiedade. Assim, o médico ou profissional de saúde pode contribuir para uma melhora clínica de alguns de seus pacientes, apenas orientando-os a resistir às suas compulsões e tolerando a ansiedade provocada por suas obsessões. Infelizmente, não são todos os pacientes que aceitam colocar em prática essas técnicas, principalmente no início do tratamento, se a intensidade dos sintomas for muito grave.

QUAIS SÃO OS MEDICAMENTOS INDICADOS?

Os antidepressivos que inibem a recaptura da serotonina (clomipramina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, venlafaxina) são as drogas mais eficazes no tratamento do TOC (vide tabela abaixo). A dose destes antidepressivos e o tempo necessário para os mesmos produzirem efeito terapêutico é maior nos indivíduos com TOC quando comparados àqueles com depressão.

Apesar das evidências do envolvimento do sistema serotoninérgico no TOC, o fato de cerca de 40% dos pacientes não responderem aos inibidores da recaptura de serotonina e, mesmo naqueles que respondem, a resposta ser raramente de 100%, sugere que outros sistemas de neurotransmissores também estejam envolvidos. A eficácia da clomipramina (um dos antidepressivos mais eficazes no TOC e que interfere não somente em sistemas serotoninérgicos, mas também no noradrenérgico) indica que a droga não precisa ser seletiva, sendo possível que uma ação conjunta em outros sistemas de neurotransmissores além do serotoninérgico contribua para a resposta ao tratamento.

Os efeitos colaterais mais comuns da clomipramina são: sonolência, tontura, boca seca, fadiga ou fraqueza, cefaléia, aumento do apetite, disfunções sexuais (anorgasmia, retardo da ejaculação, diminuição da libido) e ganho de peso. Já os efeitos colaterais mais frequentes dos ISRS são: náusea, desconforto epigástrico, ansiedade, sonolência, tremor, disfunções sexuais, reações alérgicas, alopecia e zumbido no ouvido, e, mais raramente, efeitos extrapiramidais, entre outros. O risco letal na superdosagem pode ser menor com os ISRS quando comparados aos tricíclicos.

POR QUANTO TEMPO OS MEDICAMENTOS DEVEM SER TOMADOS?

Estudos que avaliam o efeito da interrupção do tratamento na evolução da doença sugerem que este deve ser mantido por longos períodos e talvez indefinidamente. Um estudo de descontinuação da clomipramina após um ano de tratamento, encontrou recidiva em 90% dos pacientes dentro de até 4 semanas, sugerindo que a medicação controla mas não reverte os mecanismos disfuncionais subjacentes. Em outras palavras, podemos falar em controle, mas não cura da doença.

Neurocirurgia

Podemos considerar o paciente resistente ao tratamento padrão após o fracasso do tratamento com pelo menos três drogas (clomipramina e dois ISRS), em doses máximas, com duração de pelo menos 12 semanas, associadas ao tratamento com psicoterapia comportamental (não menor que 20 horas). Pode-se tentar, em seguida, a associação de drogas potencializadoras dos antidepressivos e o uso de um IMAO (antidepressivo do grupo dos inibidores da monoamino oxidase). Se estes também forem ineficazes, considera-se como alternativa a neurocirurgia.

A neurocirurgia tem se mostrado útil no tratamento de casos graves e refratários. Os procedimentos incluem a cingulotomia anterior, a capsulotomia anterior, a tractotomia subcaudada, e a leucotomia límbica (tractotomia e cingulotomia anterior). Entre estas técnicas surgiu, recentemente, a capsulotomia utilizando-se raios gama (“gama knife”), onde não é necessária a abertura do crânio.

Todas essas técnicas baseiam-se em fazer pequenas lesões nas estruturas mencionadas, interrompendo-se assim circuitos que estariam malfuncionantes, contribuindo para os sintomas do TOC.

Novas Tecnologias no Tratamento do TOC

Um novo método, ainda em estudo, é a Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (rTMS).

Esta nova tecnologia altera a atividade cerebral mudando campos magnéticos. Com este método, campos eletromagnéticos pulsáteis de alta intensidade induzem correntes focais elétricas na cortex cerebral, permitindo que a atividade cortical possa ser estimulada ou interrompida.

Recentemente, foi utilizada a rTMS na região prefrontal de indivíduos com TOC. Observou-se que

uma única estimulação na região prefrontal lateral direita (num lugar próximo ao córtex orbitofrontal) produziu uma redução transitória da necessidade de realizar compulsões, durando cerca de 8 horas. O mecanismo pelo qual a rTMS pode alterar a atividade cerebral subjacente às compulsões permanece desconhecido. Especula-se, no entanto, que o mesmo poderia ocorrer por meio da interrupção da atividade cerebral responsável pelas compulsões ou pelo aumento da atividade cerebral em outras áreas que podem indiretamente suprimir as compulsões. Um maior desenvolvimento da tecnologia para que a remissão dos sintomas seja mais duradoura, bem como estudos utilizando metodologia adequada, serão necessários para podermos usar este método de forma mais definida. Por enquanto temos aqui uma nova perspectiva no tratamento do TOC.

8. COMO OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PODEM RECONHECER O TOC?

Perguntas simples e diretas, como “alguma vez você já se sentiu incomodado por pensamentos que não faziam sentido e que continuavam vindo à sua mente mesmo contra a sua vontade?”, ou “existe algo que você tem que fazer várias vezes ou que não consegue evitar de fazer, como lavar as mãos repetidamente, contar até certo número, verificar alguma coisa várias vezes para ter certeza de que fez certo?”, ou mesmo “você tem algum hábito ou mania que não parece razoável, toma muito do seu tempo e você gostaria de se livrar mas não consegue?” – são uma maneira de se detectar um possível TOC. É importante lembrar que para que o TOC seja diagnosticado é preciso que o paciente colabore e tenha interesse em ser ajudado.

9. COMO OS AMIGOS E FAMILIARES PODEM AJUDAR?

Existe uma tendência dos pacientes com TOC não revelarem os seus sintomas, provavelmente por terem consciência da falta de sentido dos mesmos, ou apenas por vergonha de mostrar que ritualizam situações cotidianas, e assim por diante. Uma atitude excessivamente rigorosa relacionada a limpeza e lavagem, ou uma necessidade constante de manter objetos dispostos simetricamente ou organizados de uma determinada maneira, o hábito de colecionar objetos inúteis de modo a prejudicar a utilização rotineira do espaço onde se vive, o hábito de contar ou verificar repetidamente aparelhos elétricos, gás, portas, são comportamentos frequentemente encontrados em pacientes com TOC. É importante destacar que, para serem considerados sintomas, os comportamentos devem ter frequência e intensidade suficientes para causar algum prejuízo na rotina normal do indivíduo, conforme descrito no ítem “diagnóstico”.

10. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Para aqueles que gostariam de uma leitura mais aprofundada, recomendamos os livros:

- Medos, Dúvidas e Manias – orientações para portadores do transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Albina R. Torres, Roseli . Shavitt, Eurípedes Miguel. Editora Artmed, 2001
- O menino que não conseguia parar de se lavar. Autora: Judith Rapoport. Editora: Marquês-Saraiva, 1990.
- Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. Vários autores. Editora Guanabara – Koogan, 1996. (Disponível nas seguintes livrarias: Martins Fontes, Livraria da Vila, Livraria Científica Ernesto Reichmann, Cortês, Casa do Psicólogo)
- Folhetos distribuídos pela ASTOC (0XX11-30696972)