TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Anna Victoria P. Oliveira – RA001369

Fabian Valverde Silva – RA001644

Lucas Batista Freitas – RA 002008

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado por pensamentos intrusivos repetitivos e comportamentos compulsivos classificados em de três a cinco sintomas distintos, incluindo: (1) obsessões agressivas com compulsões de verificação; (2) obsessões de contaminação com compulsões de limpeza; (3) obsessões simétricas com compulsões de contagem/ordenação; (4) obsessões de esconder objetos com compulsões de colecioná-los; (5) obsessões sexuais/religiosas. Fenomenologicamente, TOC pode ser entendido como um surgimento de sinais internos centrados na percepção equivocada de que “algo está errado” em uma específica situação. Isto gera uma grande ansiedade levando a comportamentos recorrentes voltados à reduzir esta tensão.

1 Considerações Gerais

Transtorno obsessivo-compulsiva (TOC) tem sido considerado um modelo patológico para o qual diversas construções teóricas foram desenvolvidas com base em observações de numerosos casos clínicos. Novas técnicas de imageamento, como a tomografia com emissão de pósitrons e ressonância magnética funcional, junto com novos métodos clínicos neurofisiológicos, desenvolvidos nos últimos vinte anos, tornou possível avaliar funções do cérebro de forma não invasiva em situações normais ou patológicas. Agora é possível explorar atividades cerebrais nos campos da psiquiatria, uma área em que relativamente poucos dados estão disponíveis, apesar dos grandes esforços da psiquiatria biológica. Estas metodologias têm sido acompanhadas por progressos conceituais pondo em questão a abordagem tradicional para TOC baseada na clara distinção entre mente e atividade cerebral, e reunindo psiquiatras e neurologistas nessa mesma área. Estudos em pacientes com TOC têm demonstrado uma disfunção dos córtexes

medial e pré-frontal orbital. Entretanto, a existência de uma base biológica para TOC deveria ser interpretada a partir de um ponto de vista fenomenológico de um lado, e na luz do nosso presente conhecimento da fisiologia, por outro.

1.1 Características Clínicas

TOC é definido pela erupção na mente de pensamentos recorrentes e descontrolados, impulsos ou imagens descritos sob o termo “obsessão”. Obsessões são classicamente consideradas “ego-alien” ou “ego-distônico” na natureza. Elas são acompanhadas por um sentimento de urgência ou catástrofe, levando a comportamentos repetitivos ou ritualísticos conhecidos como “compulsões”. TOC é caracterizado por um grande espectro de sintomas. Os mais frequentes tipos de obsessões são contaminação(45%), hipocondria(42%), necessidade de simetria(31%), agressividade(28%), sexual(26%) e outros (13%). As formas clássicas de compulsões incluem verificação(63%), limpeza(50%), contagem(36%), necessidade de perguntar ou confessar (31%), simetria e precisão (28%) e ocultação(18%). Alguns sintomas são particularmente estáveis, a exemplo das obsessões sexuais/religiosas. Outros sintomas como obsessões agressivas e de contaminação, bem como verificação, limpeza, contagem e arrumação, podem mudar. Estas mudanças ocorrem normalmente entre sintomas de mesmo grupo.

1.2 Terapêutica

Nos últimos 30 anos, abordagens terapêuticas diferentes tem sido desenvolvidas desde drogas psicotrópicas até psicocirurgia, incluindo terapias de comportamento cognitivo(TCC), e agora são consideradas eficientes no tratamento de TOC.

1.2.1 Tratamentos Farmacológicos

Uma vasta literatura surgiu e provou a eficácia de agentes anti-depressivos SRI para o tratamento de TOC. Eles bloqueiam o transportador de serotonina localizado nas membranas plas-

máticas de terminais nervosos pré-sinápticos e inibem o reuptake dos neurotransmissores.

1.2.2 Tratamentos Psicológicos

Tratamentos psicológicos baseados em CBT aparentam eficientes no tratamento de TOC, isolado ou combinado com farmaco-terapia usando SRIs. Os procedimentos atuais são exposições com prevenção de resposta auto-imposta (EX/RP).

1.2.3 Tratamentos Neurocirúrgicos

Tratamentos neurocirúrgicos tem sido considerados para casos crônicos resistentes aos tratamentos convencionais. Os procedimentos mais frequentemente utilizados têm se mostrado benéficos.

1.3 Transtornos relacionadas com TOC

Na última década, uma grande variedade de condições médicas e psiquiátricas tem sido consideradas como transtornos relacionadas ao TOC. Estas são em geral transtorno dismórfico corporal (TDC) e hipocondria entre os transtornos somatoformes, TS entre os transtornos de tiques e tricotilomania, jogo patológico ou cleptomania entre os transtornos de controle de impulso. Eles têm mostrado que compartilham aparentes similaridades com TOC, considerando sintomatologia clínica, demográfica, características do histórico familiar e respostas a tratamentos farmacológicos e psicológicos.

TDC é definido como uma preocupação com um imaginário defeito na aparência. Se uma pequena anomalia física existe, a preocupação da pessoa com esse fato é excessiva. Recorrentes reclamações obsessivas principalmente centradas na face ou cabeça, frequentemente a pele, cabelo e nariz, ou qualquer outra parte do corpo, são responsáveis pela erupção da ansiedade. São geralmente acompanhadas por diferentes comportamentos demorados e compulsivos como olhar-se repetidamente no espelho ou evitar fazê-lo, comparar partes de seu corpo com de out-

ros, procurar reafirmação ...O tratamento do TDC, assim como o do TOC, tem obtido bons resultados com uso de SRIs.

Hipocondria é definido como uma preocupação temerosa de ter alguma doença séria. Esta preocupação é baseada na má interpretação de sintomas e persiste a despeito de reafirmações apropriadas de médicos. O transtorno é fenomenologicamente similar ao TOC por causa dos pensamentos repetitivos, intrusivos e descontrolados focados em medos e preocupações levando a verificações compulsivas do corpo e repetidas visitas ao médico em buscas de novos tratamentos e reafirmações. Assim como no TOC, intervenções para o tratamento de hipocondria consistem principalmente em farmacoterapia com SRIs.

Transtornos de controle de impulso são considerados como pertencentes ao espectro TOC na base do conceito de compulsividade/aversão ao risco versus impulsividade/procura por novidades. Nesta perspectiva, compulsividade pode ser considerada excesso de precaução, enquanto impulsividade aparenta mais prejudicial, menos sem sentido e mais espontâneo no ímpeto de alcançar prazer e gratificação. Condições com comportamentos impulsivos representam um grupo heterogêneo de transtornos, entre os quais tricotilomania e jogo patológico têm recebido mais atenção na literatura recente. Tricotilomania é caracterizado por arrancar seu próprio cabelo, resultando em perda notável de cabelo. Um aumento de tensão é percebido imediatamente antes de arrancar o cabelo seguido de um alívio imediato após o ato. Os sintomas são observados também no couro cabeludo, sobrancelhas, cílios, ... Jogo patológico é definido como uma extrema preocupação com o jogo, o qual é focado para alcançar um estado de euforia, levando a se tornar uma prática contínua para manter o nível desejado de excitação. Repetidas tentativas mal-sucedidas de controlar o impulso provocam inquietude ou irritação. A relação entre jogo patológico e o TOC é mais fraco do que tem sido suposto. Em três estudos com pacientes com TOC, nenhum caso de jogo patológico foi registrado.

TS é caracterizado por múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais, os quais são movimentos ou vocalizações súbitos, involuntários, rápidos, repetitivos, arrítmicos e estereotipados. Há uma clara evidência para uma forte associação entre TS e TOC. Entretanto, existem diferenças clínicas súbtas comparadas com as observadas em TOC.

2 Regiões do cérebro ligadas a TOC

Nesta seção, examinaremos as evidências coletadas a partir de abordagens separadas e complementares (fenomenologia e a neuropsicologia) sugerindo o envolvimento de específicas regiões do cérebro na patofisiologia do TOC.

2.1 Fenomenologia

Obsessões podem ser entendidas como uma permanente sensação de que “algo está errado”. Compulsões ocorrem como respostas comportamentais objetivando aliviar as tensões ou ansiedades causadas por esta sensação. Se alcançado, este alívio pode ser sentido como uma forma de recompensa, entretanto, é um estado transitório, criando um sentimento de ansiedade considerável. Isto leva a uma imediata reprodução do comportamento de uma forma cíclica na esperança da recompensa. Embora seja indiscutivelmente simplista, esta visão fenomenológica é de interesse porque ela sugere que diversos processos não estão funcionando corretamente: (1) reconhecimento de erro e (2) funções emocionais e motivacionais e seus aspectos ativacionais, ou seja, dificuldades para iniciar ou finalizar uma ação e tendência a esperar uma recompensa. Infelizmente, o comportamento não leva à recompensa esperada, a qual asseguraria alívio duradouro das tensões, o que gera ansiedade. Estas observações são de valores operacionais quando interpretados em termos neurobiológicos. Neste aspecto, pode ser esperado de uma pessoa que sofre de TOC que exista uma disfunção da região do cérebro que media o processo de detecção de erro e/ou gerenciamento de sistemas emocionais e recompensas.

2.2 Neuropsicologia

TOC está associado com déficits neuropsicológicos, que podem ser anomalias estruturais ou neuroquímicas. Estas podem explicar as obsessões, ou podem ser secundárias para os próprios sintomas. Nesse contexto, a abordagem neuropsicológica é uma ferramenta útil para avaliar o papel potencial das diferentes regiões do cérebro no surgimento dos processos TOC.

A maioria dos estudos neuropsicológicos têm encontrado resultados divergentes quanto ao funcionamento do lobo frontal e performances de memória e viso-espacial em pacientes com TOC. Essas inconsistências podem ser devidas em parte a diferenças ocorridas em seleção de pacientes e procedimentos de teste. Entretanto, déficits incluindo disfunções de memória não verbal e executiva são as principais anomalias encontradas nos pacientes com TOC.

3 Considerações Finais

É importante ressaltar que o TOC é, em si, um conceito. Por não ser verdade objetiva, irá necessariamente sofrer modificações nos próximos anos. O desenvolvimento de técnicas em biologia molecular e neuroimagem, utilizando subgrupos mais homogêneos de pacientes deverá ser fator significativo na transformação desse conceito. As melhorias do conhecimento nessa área são importantes para aumentar a qualidade de vida da parcela da população que sofre deste transtorno que tanto mal causa a si mesmo e aqueles que participam da sua vida.