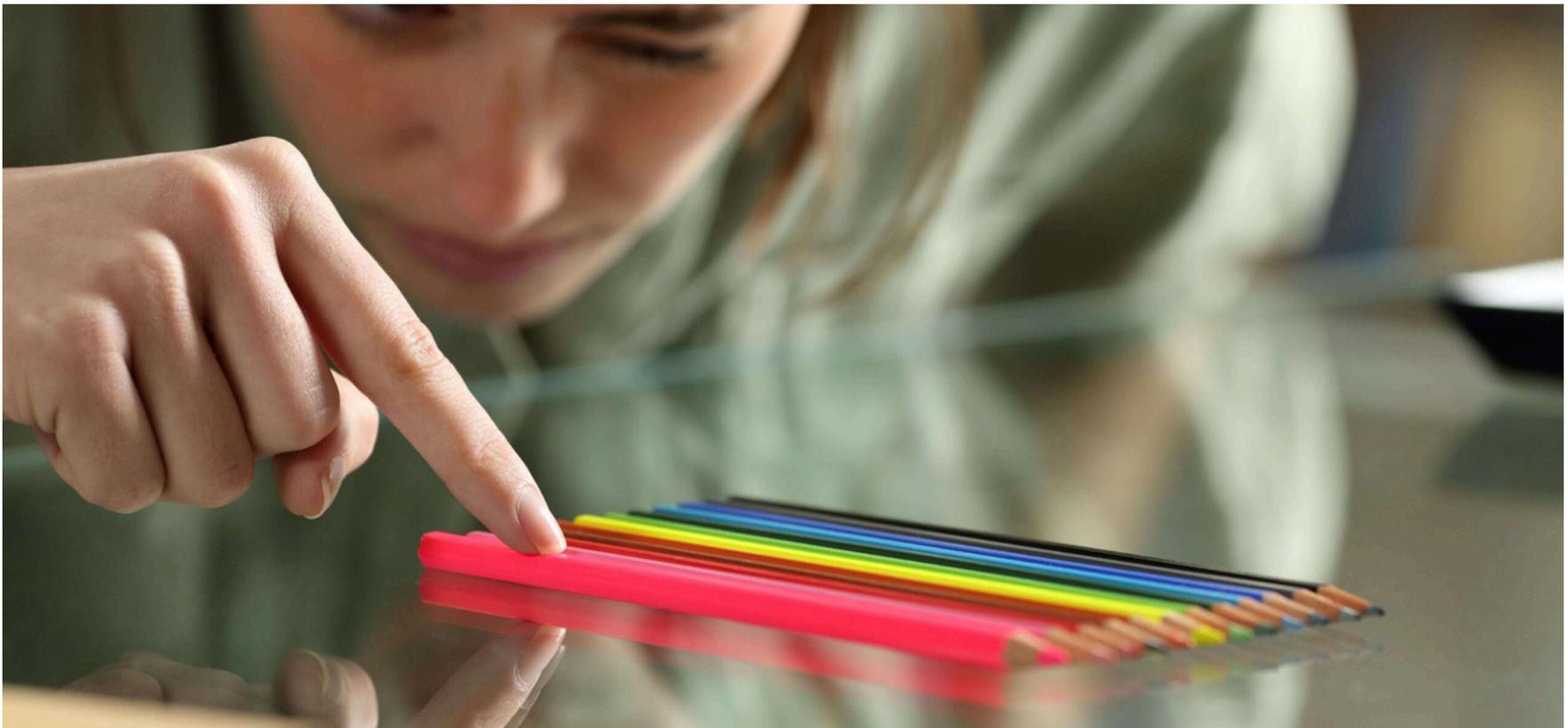
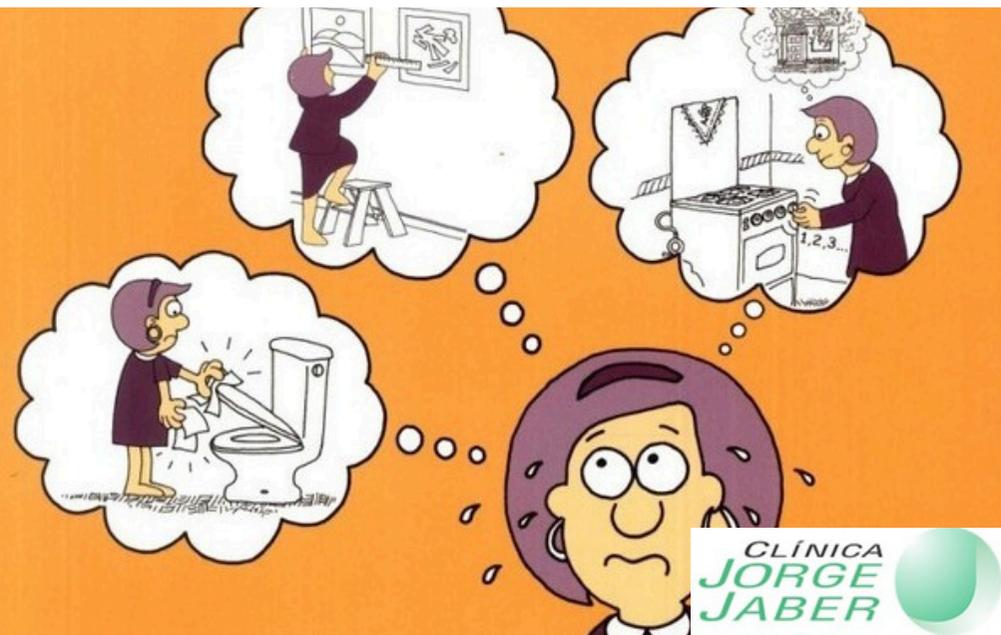


# Transtornos relacionados ao Transtorno **O**bsessivo **C**ompulsivo, Dependência ao Álcool e outras substâncias



# TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

- É caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- **Obsessões** são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados.
- **Compulsões** são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicada rigidamente.



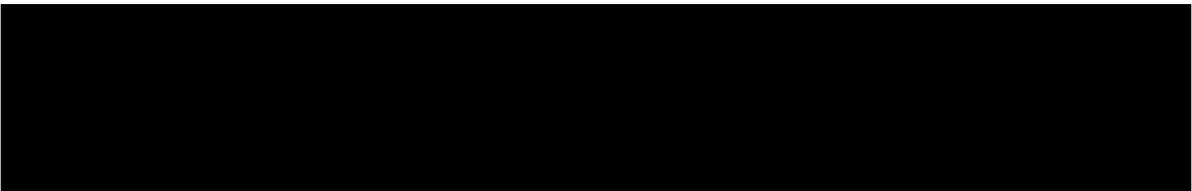
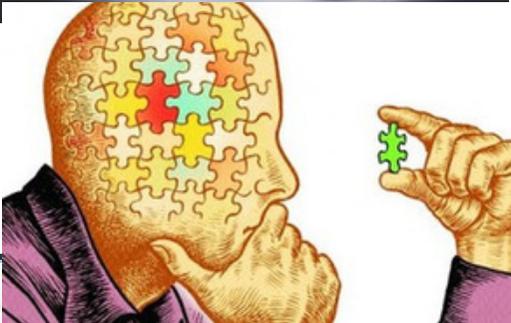
No mesmo capítulo que descreve o TOC, há também os transtornos relacionados, que são:

- Transtorno Dismórfico Corporal
- Transtorno de Acumulação
- Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
- Transtorno de Escoriação (skin-picking)



- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por substância/medicamento
- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado a outra condição médica
- Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado especificado
- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado não especificado





a. Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

**Obsessões são definidas por:**

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos e/ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.



## Compulsões são definidas por:

1. Comportamento repetitivos (p.ex.: lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p.ex.: orar, contar ou 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 rigidamente aplicadas.

2. Os comportamento ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento ou evitar algum evento/situação temida. Entretanto, esses comportamento ou atos mentais não têm conexão realista com o que visam neutralizar, evitar ou são claramente excessivos.





### **Temperamentais:**

Mais sintomas internalizantes, afetividade negativa mais alta e inibição do comportamento na infância

### **Ambientais:**

Abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos foram associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de

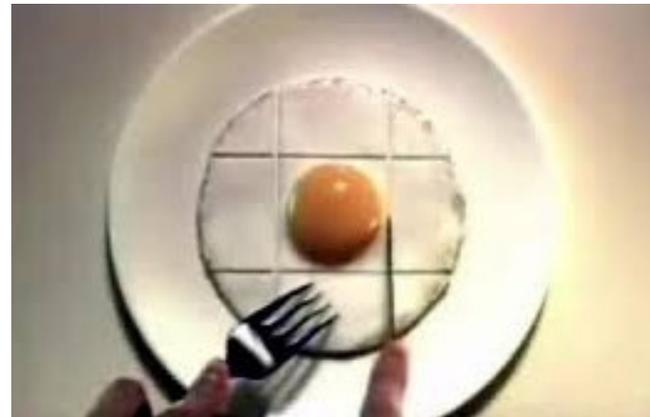
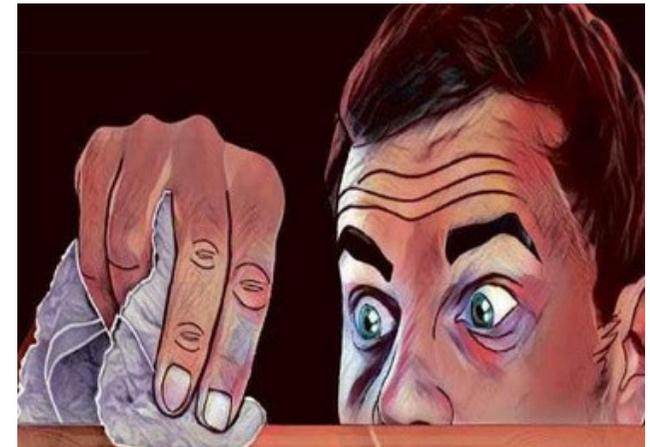
### **TOC. Genéticos e fisiológicos:**

A taxa de TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com o transtorno é aproximadamente duas vezes a de parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno; no entanto, entre parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou adolescência, a taxa é aumentada em 10 vezes.

O TOC ocorre em todo o mundo. Existe uma estrutura de sintomas similar envolvendo limpeza, simetria, acúmulo, pensamentos tabus ou medo de danos.



O sexo masculino tem início mais precoce de TOC do que o feminino, além de maior probabilidade de ter tique comórbidos.



Pensamentos suicidas ocorrem em algum momento em cerca de metade dos indivíduos com TOC.



Fonte: Google

O TOC está associado a uma qualidade de vida reduzida, assim com a altos níveis de prejuízo social e profissional.



**Transtorno de Ansiedade** Pensamentos recorrentes, comportamentos de esquiva e solicitações repetitivas de tranquilização também podem ocorrer nos transtornos de ansiedade.

### **Transtorno Depressivo Maior:**

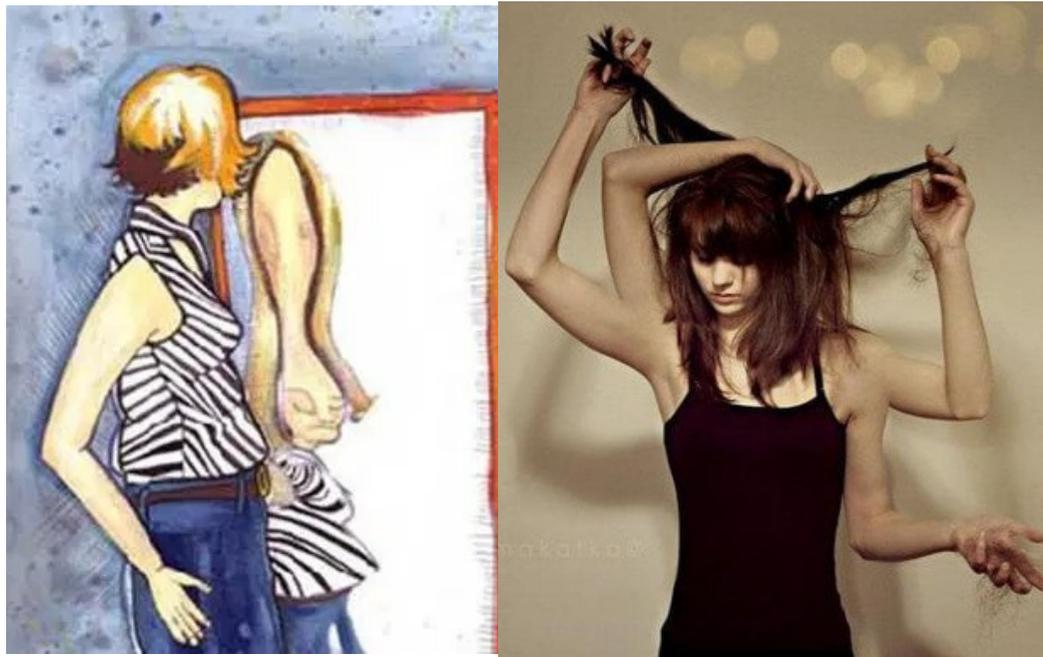
O TOC pode ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes, além disso, as rumações não estão ligadas a compulsões, como típico no TOC.



## Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

### Transtorno Dismórfico Corporal:

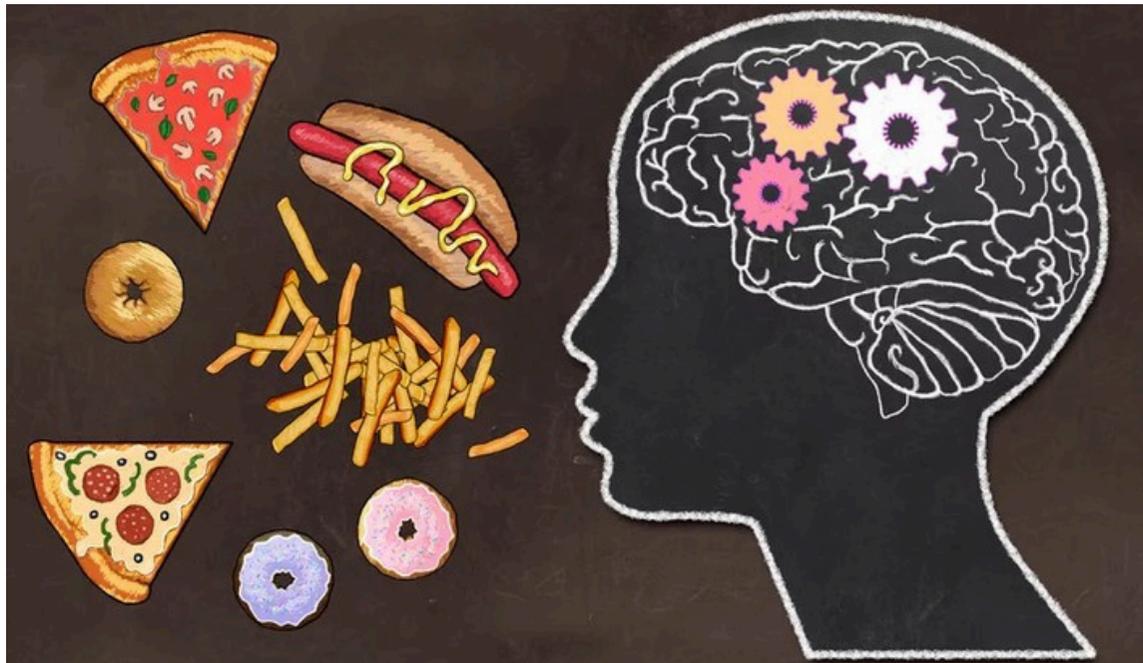
As obsessões e compulsões estão limitadas a preocupações acerca da aparência física e, na tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), o comportamento compulsivo está limitado a arrancar o cabelos na ausência de obsessões.



## Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

### Transtornos Alimentares:

O TOC pode ser diferenciado da anorexia nervosa na medida em que no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, as obsessões e compulsões não estão limitadas a preocupações acerca do peso e dos alimentos.



## Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

### Transtorno de Tique e Movimentos Estereotipados:

Um tique é um movimento motor ou vocalização súbito rápido, recorrente e não rítmico (p.ex.: piscar os olhos, pigarrear).



### Transtornos Psicóticos

Alguns indivíduos com TOC têm *insight* pobre ou mesmo crenças de TOC delirantes.

## Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

### Outros Comportamentos do tipo Compulsivo:

Certos comportamentos são ocasionalmente descritos como “compulsivos” incluindo comportamento sexual (no caso das parafilias), jogo patológico e uso de substâncias (p.ex.: transtorno por uso de álcool)



O uso de drogas pode causar outra doença mental. A doença mental pode levar ao uso de substâncias e ambos podem ser causados por outro fator de risco comum.

A comorbidade entre a dependência química e as doenças mentais graves é a regra e não a exceção.



## Transtornos mentais associados à dependência química:

- mais hospitalizações
- piora de sintomas psicóticos
- pobre adesão à terapia medicamentosa e, portanto piores prognósticos
- para ambas as doenças
- 

O melhor tratamento para comorbidade é realizado quando se integram atenções para o consumo de substâncias e para o transtorno mental.



Esses desafios tornam-se ainda maiores quando o paciente, além de usar substâncias, tem um quadro psiquiátrico associado, o que constitui uma **comorbidade**, ou seja, a **ocorrência de duas doenças** que acometem um mesmo indivíduo, e que uma tende a dificultar o diagnóstico da outra, tornando difícil a identificação, o tratamento e o prognóstico de ambas.

### Causas:

Muitas teorias já foram desenvolvidas buscando uma explicação para o surgimento da doença secundária ou de associações entre duas doenças.



## Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?

### **Sobreposição de vulnerabilidades**

**Genéticas** sugerem que fatores genéticos comuns podem predispor os indivíduos a desenvolver transtornos mentais e dependência de substâncias ou ter um risco maior de desenvolver um transtorno depois que o primeiro aparece .



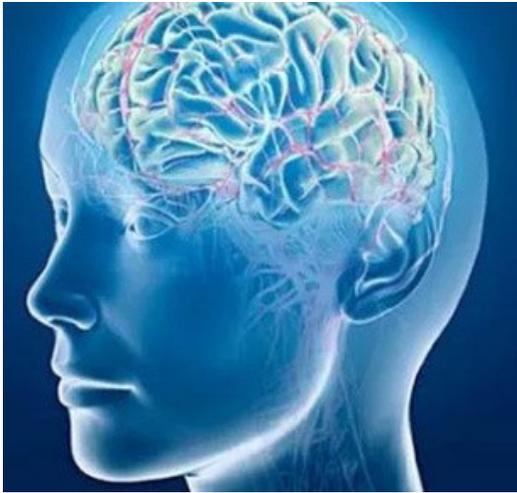
## Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?

### **Sobreposição de gatilhos**

Ambientais. A sobreposição de gatilhos ambientais pode ser observada com estresse, trauma (p.ex.: abuso físico ou sexual, maus tratos físicos e emocionais) e exposição precoce às drogas, que são fatores comuns que podem levar à dependência e doenças mentais, particularmente naqueles com maiores vulnerabilidades genéticas subjacentes.



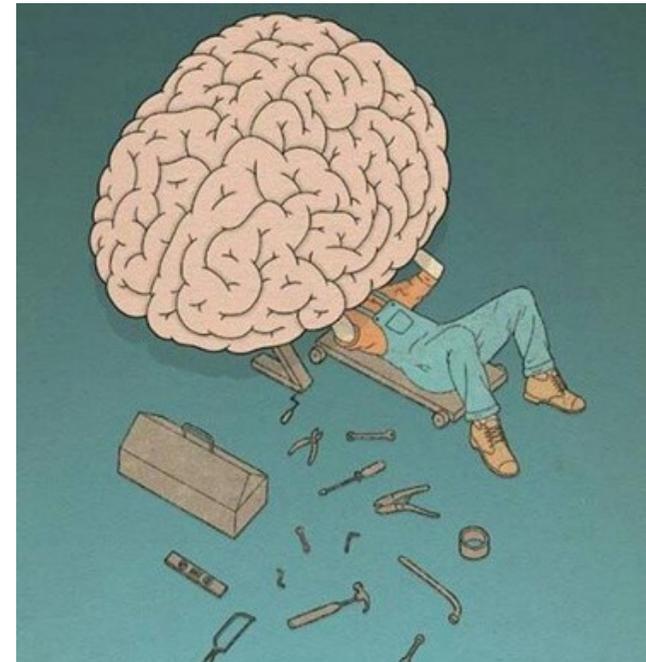
## Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente coocorrem?



**Envolvimento de regiões cerebrais semelhantes:**  
Algumas áreas do cérebro são afetadas tanto pelo uso de drogas como pelos transtornos mentais .

**O uso de drogas e os transtornos mentais são doenças desenvolvimentais:**

O que explica isso é o fato de geralmente começarem na adolescência ou mesmo na infância, períodos em que o cérebro ainda está passando por drásticas mudanças de desenvolvimento.



Transtorno Bipolar é o transtorno psiquiátrico mais relacionado ao consumo de substâncias.

No estudo Epidemiologic Catchment Area (ECA), um dos mais abrangentes e citados estudos populacionais, a prevalência de dependência de drogas associada a esse transtorno foi de 27%. Já a prevalência de dependência de álcool é de 31% em bipolares do tipo I. Pacientes com quadros relacionados ao tipo II apresentaram menores taxas, mas também significativas.



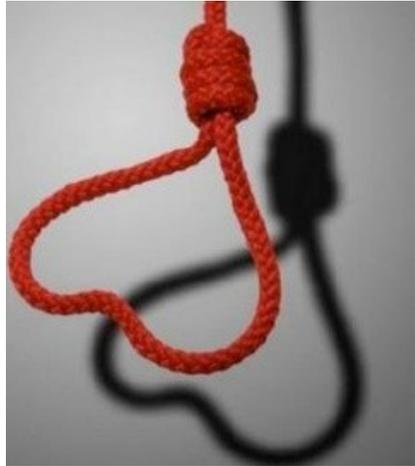




A associação entre uso de substâncias e os transtornos de personalidade (TPs) vem sendo constatada há muitos anos em especial os TPs Antissocial e Borderline .

Das mulheres diagnosticadas com algum tipo de transtorno alimentar, 25% tem ou teve uso ou dependência de álcool.





O ciúme é um sentimento natural do ser humano, assim como raiva, alegria e medo. Em alguns momentos da vida esse sentimento pode estar presente sendo considerado normal quando leve e transitório.

Problemas relacionados ao sono são frequentemente associados com o uso de substâncias, em especial o álcool e o benzodiazepínicos.



Como o próprio conceito de comorbidade anuncia, existe um sobreposição de sintoma entre os transtornos apresentados.

Para aumentar as chances de um diagnóstico mais preciso, deve-se incluir investigação acerca da história familiar (de preferência, interrogando membros da família), exames laboratoriais e se possível, screenings toxicológicos para drogas (com exames de urina, sangue ou cabelo), além de entrevistas, testes psicológicos, questionários gerais e específicos.

Por fim, faz-se o diagnóstico utilizando a CID ou o DSM, em suas versões mais atuais.



A utilização de critérios presentes na CID e no DSM é essencial, pois aponta os possíveis quadros diferenciais que podem cursar com a mesma sintomatologia de um paciente.

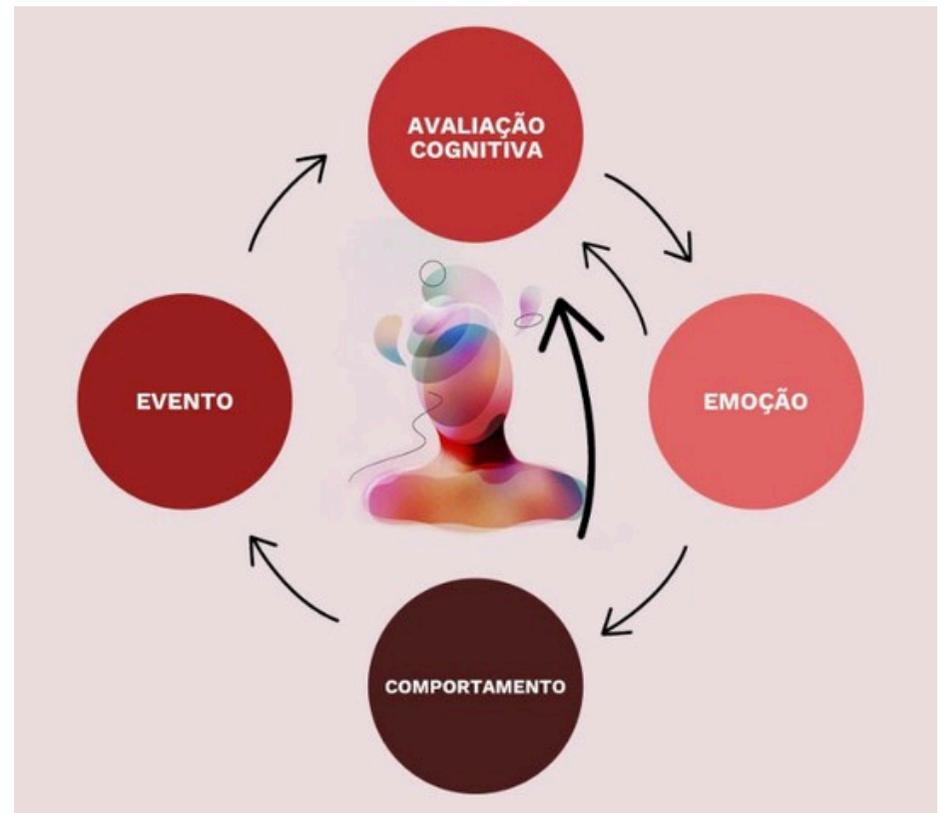


Um dos maiores problemas associados ao tratamento de pacientes com comorbidades é a possibilidade de o atendimento dos diferentes transtornos ocorrer no mesmo serviço.

A utilização de psicofármacos deverá ter os mesmos parâmetros dos tratamentos de transtorno psiquiátrico, no entanto, um período mínimo para desintoxicação é necessário para evitar diagnósticos precipitados e com isso, a iatrogenia medicamentosa.



Entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicossocial são diferentes modalidades que podem ser propostas e que têm mostrado bons resultados.



A heterogeneidade dos pacientes com transtornos comórbidos produz grandes diferenças em seus prognósticos.

## Transtorno Dismórfico Corporal

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 - 300.7 / CID10 - F54.22**

a. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros.



a. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações com a aparência. (p.ex.: verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização, comparar sua aparência com a de outros, etc.)

## Transtorno Dismórfico Corporal

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 - 300.7 / CID10 - F54.22**

a. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

a. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal  
sintomas satisfazem os critérios diagnósticos  
alimentar.



## Características diagnósticas

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal

(anteriormente conhecido como dismorfobia) são preocupados com uma ou mais deficiências ou falhas na aparência física, que acreditam parecer feia, sem ou deformadas. (Critério A).



Associações que apoiam o diagnóstico Muitos

indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm ideias ou delírios de referência acreditando que outras pessoas prestam especial atenção neles ou caçoam deles devido a sua aparência.



## Fatores de Risco e Prognóstico

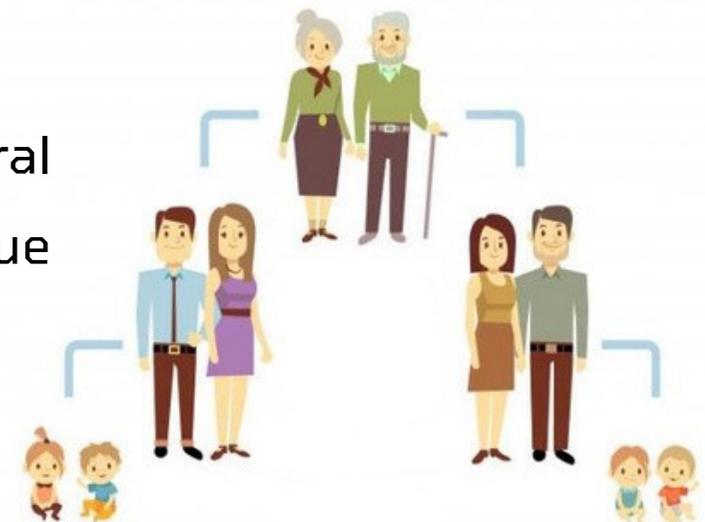


### Ambientais:

O transtorno dismórfico corporal foi associado a altas taxas de negligência e abuso infantil.

### Genéticos e fisiológicos:

A prevalência de transtorno dismórfico corporal é elevada em parentes de primeiro grau que apresentam o mesmo transtorno.





## Questões diagnósticas relativas à cultura

O transtorno dismórfico corporal tem sido relatado em todo o mundo.



## Questões diagnósticas relativas ao gênero

Parece haver mais semelhanças do que diferenças entre os sexos em relação à maioria das características clínicas – por exemplo, área do corpo que desagradam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos sintomas, suicidabilidade, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos estéticos para o transtorno dismórfico corporal.

## Risco de suicídio

As taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio são altas tanto em adultos quanto em crianças/adolescentes .



**Consequências funcionais do transtorno dismórfico corporal** Quase todos os indivíduos com transtorno dismórfico experimentam funcionamento psicossocial prejudicado devido às suas preocupações com a aparência.

## Diagnóstico Diferencial

Preocupações normais com a aparência e defeitos físicos claramente perceptíveis.



### Transtornos Alimentares

Em um indivíduo com transtorno alimentar as preocupações com ser gordo são consideradas um sintoma do transtorno alimentar em vez de transtorno dismórfico corporal.

### Outros transtornos obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados

As preocupações e os comportamentos repetitivos do transtorno dismórfico corporal diferem das obsessões e compulsões no TOC na medida em que o primeiro fica somente na aparência.



## **Transtorno de Ansiedade de Doença**

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal não são preocupados com ter ou adquirir uma doença grave e não têm níveis particularmente elevados de somatização.

## **Transtorno Depressivo Maior**

A preocupação proeminente com a aparência e os comportamentos repetitivos excessivos no transtorno dismórfico corporal diferenciam-no do transtorno depressivo maior.



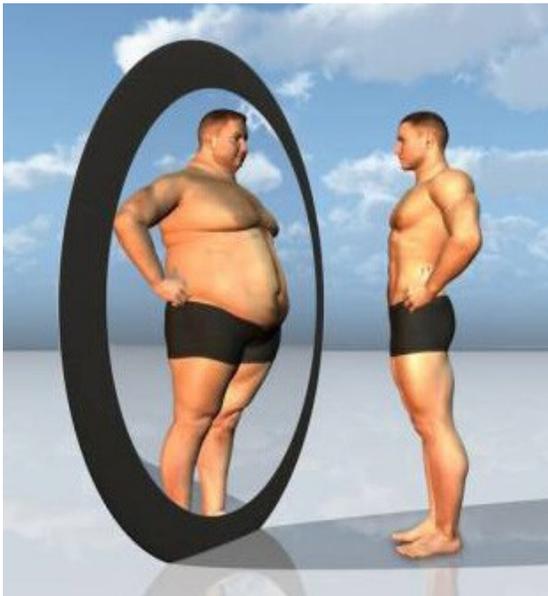
## Transtorno de Ansiedade

A ansiedade social e o comportamento de evitação são comuns no transtorno dismórfico corporal.



## Transtornos Psicóticos

Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm crenças delirantes sobre a aparência (I.E.: completa convicção de que sua visão dos seus defeitos percebidos é correta), o que é diagnosticado como transtorno dismórfico corporal, com insight ausente/crenças delirantes, não como transtorno delirante.



## Comorbidade

O Transtorno Depressivo Maior é o transtorno comórbido mais comum com início geralmente após o do transtorno dismórfico corporal.

Também são comuns:

Transtorno de ansiedade social (fobia social) comórbido TOC  
Transtornos Relacionados a Substâncias

- 
- 



## Transtorno de Acumulação

**Crítérios Diagnósticos: DSM 5 300.3/ Cid 10 F42**

- a. Dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real.
- b. Esta dificuldade se deve a uma necessidade de guardar os itens ao sofrimento associado a descartá-los.



## Tricotilomania (Transtorno de arrancar o cabelo)

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 312.39/ Cid 10**

**F63.3**



## Transtorno de Escoriação (Skin Picking)

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 698.4 / Cid 10 L98.1**



**Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Relacionado**  
**Induzido por Substância/Medicamento**

**Transtorno Obsessivo–Compulsivo e Transtorno Relacionado  
devido a outra Condição Médica**

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 294.8 / Cid 10 F06.8**

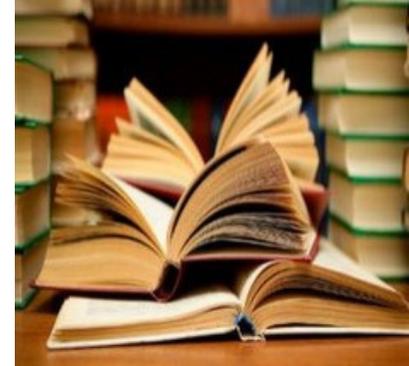
**Outro Transtorno Obsessivo–Compulsivo e Transtorno  
Relacionado Especificado**

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 300.3 / Cid 10 F42**

**Transtorno Obsessivo–Compulsivo e transtorno  
Relacionado Não Especificado**

**Critérios Diagnósticos: DSM 5 300.3 / Cid 10 F42**





- American Psychiatric Association - APA. Manual Diagnóstico e Estatístico Mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014
- Hollander E, Benzaquen SD. The obsessive-compulsive spectrum disorders. *Int Rev Psych* 1997;9:99-109
- Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1983;13:807-11
- Leckman JF, Grice DE, Barr LC, Vries LC, Martin C, Cohen DJ, et al. Tic-related vs. non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety* 1995;1:208-15
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1997;154:911-7
- Mercadante MT, Miguel EC, Gentil V. Abordagem farmacológica do transtorno obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 86-97
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID- 10  $\frac{3}{4}$  descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 1993

Obrigado!



[www.clinicajorgajaber.com.br](http://www.clinicajorgajaber.com.br)

