

Transtornos relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo, Dependência ao A' lcool e outras substâncias



TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

- É caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- **Obsessões** são os pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados.
- **Compulsões** são os 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 aplicadas 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

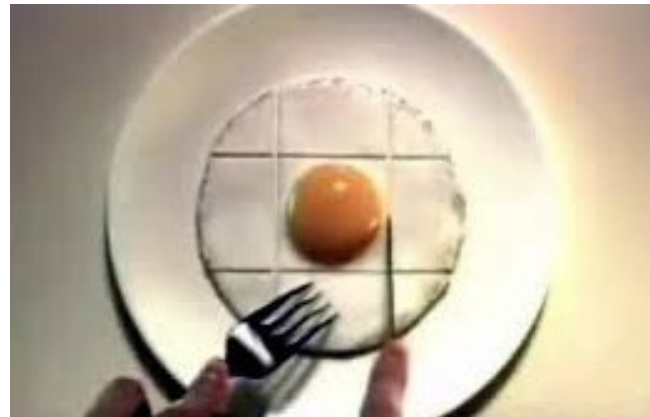
- especificado



O TOC ocorre em todo o mundo. Existe uma estrutura de sintomas similar envolvendo l impeza, 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 t ique comórbidos.



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



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



Fonte: Google

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



Transtorno Depressivo Maior:

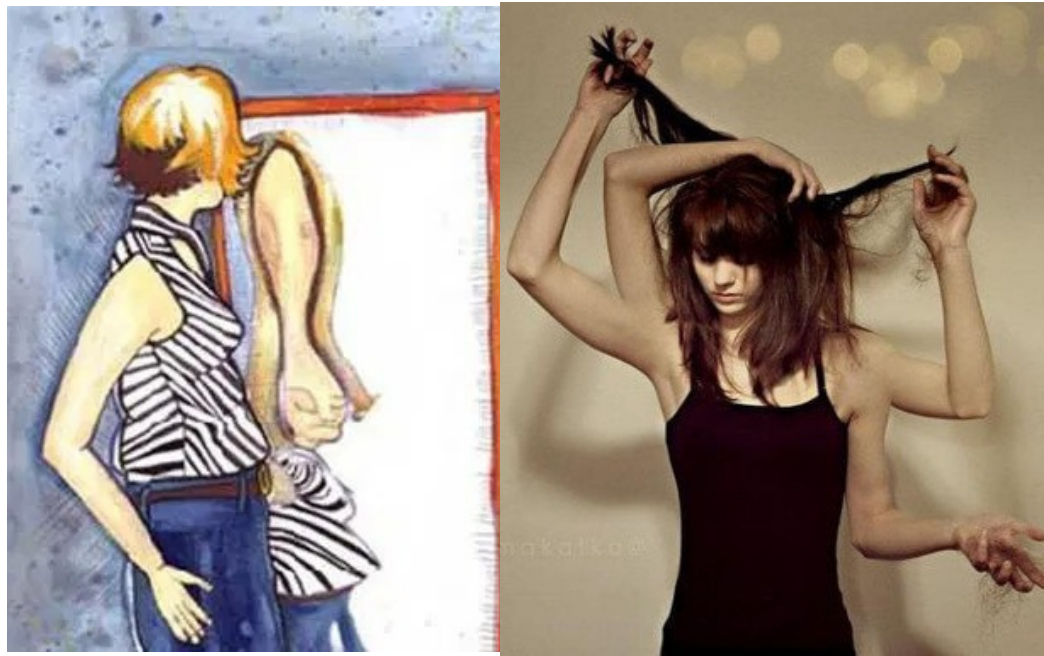
O TOC pode ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes, além disso, as rumações não estão ligadas a compulsões, como típico no TOC.



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

tique é um movimento motor ou vocalização súbito e
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 de pendência química:

- mais hospitalizações
- piora de sintomas psicológicos
- 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 coocorrem?

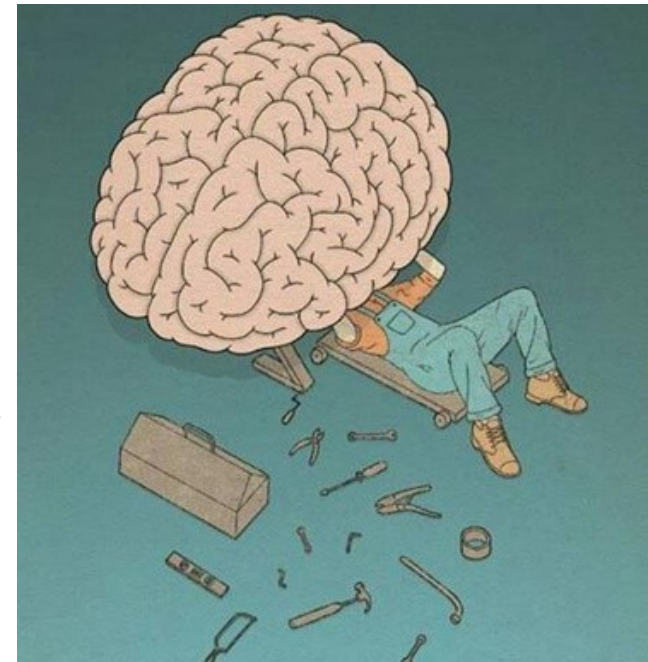


Envolvimento de regiões cerebrais

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.



O consumo de álcool e drogas aumenta em 2 a 3 vezes os riscos para um transtorno ansiedade.



(TDAH)

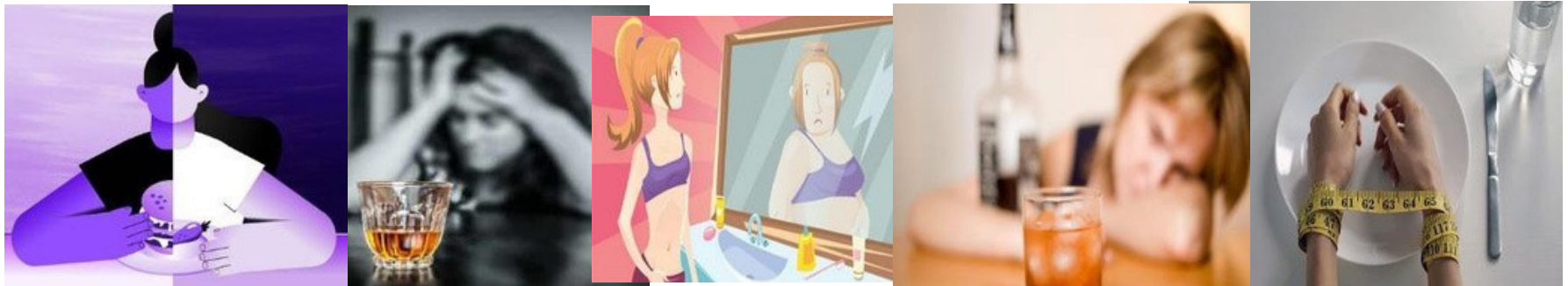
O TDAH tem prevalência de 6 a 8% em crianças e de 4 a 5% em pessoas adultas, sendo mais comum em meninos.

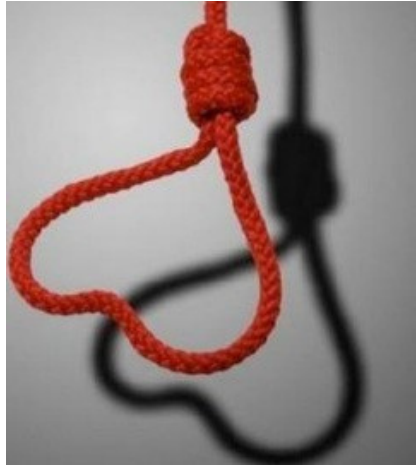




A associação entre uso de substâncias e os transtornos de personalidade (TPs) vem sendo constatada há muitos anos em especial os TPs Antissocial e Borderline .

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.



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 em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.



Características diagnósticas

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal

(anteriormente conhecido como dismorfobia) são preocupados com um ou mais defeitos ou falhas na sua aparência física, que parecem feias, sem base real, anormais ou deformadas. (Critério

associadas 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

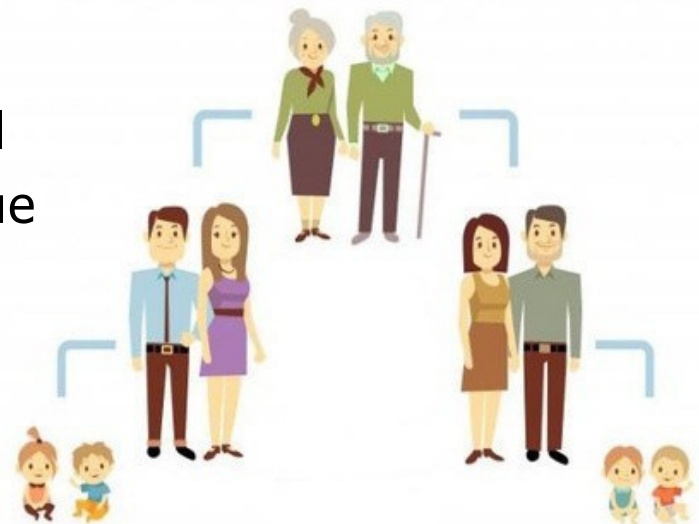


Ambientais:

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

Genéticos e fisiológicos:

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



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.

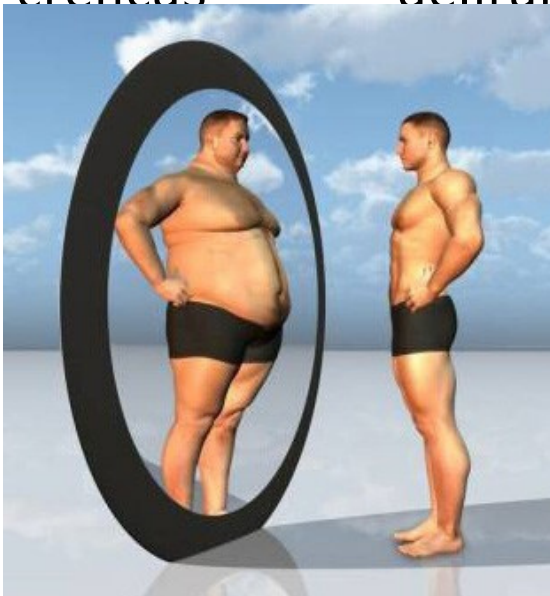
Transtorno de Ansiedade

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.: a ideia de que sua visão dos seus corpos não é correta), o que é diagnosticado como transtorno dismórfico corporal, com insight ausente/crenças delirantes, delirante.



Comorbidade

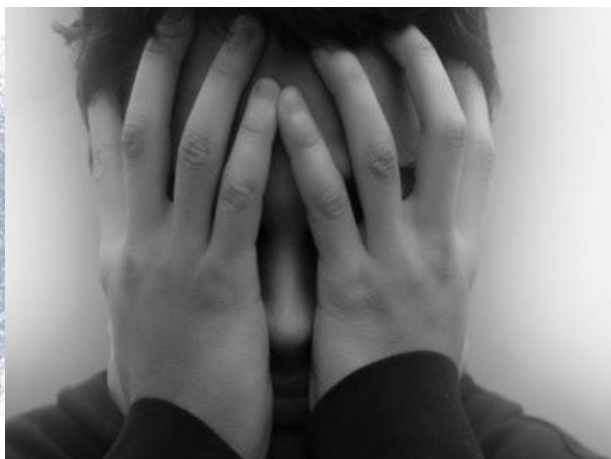
O Transtorno Depressivo Maior é o transtorno comórbido mais comum com início geralmente após o do transtorno dismórfico corporal.

Também são comuns:

Transtorno de ansiedade social (fobia social) comórbido TOC

Transtornos Relacionados a Substâncias

-
-
-



Transtorno de Acumulação Critérios 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 por guardar os itens ao sofrimento associado a desc



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

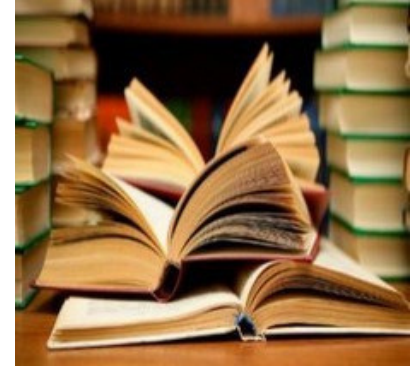
**Outro Transtorno Obsessivo–Compulsivo e Transtorno
Relacionado Especificado**

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

