

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação/Tese de Mestrado/Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de "MESTRE" / "DOCTOR" em SAÚDE MENTAL. Campinas, 15 de junho de 1994.

Prof(a).Dr(a).

Juliana Rodrigues Cunha

Orientador(a)

DISTÚRBIO OBSESSIVO COMPULSIVO: Características sócio-demográficas e clínicas de 50 pacientes através de seus prontuários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas-SP

Orientador: Prof. Dr. Dorgival Caetano

Campinas

1994

Sumário

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Introdução	01
Primeira Parte: Distúrbio Obsessivo Compulsivo	
Visão Geral	03
1 – Concepções históricas	04
2 – Epidemiologia	12
3 – Definição	17
4 – Critérios Diagnósticos	18
5 – Quadro Clínico	22
6 – Diagnóstico Diferencial	31
7 – Comorbidade	40
8 – Etiologia	45
9 – Tratamento	51
Segunda Parte: Estudo do perfil de 50 pacientes com DOC através de seus prontuários	57
Objetivo	58
Pacientes e Método	59
Resultados	61
Discussão	79
Conclusões	88
Referências bibliográficas	95
Abstract	106
Anexos	107

Aos meus pais

Ao Paprocki

Ao Fábio

"Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana".

B. Brecht

"... Mundo, mundo, vasto mundo, mais
vasto é o meu coração..."

Carlos Drummond de Andrade

Agradecimentos

Ao Dr. Jorge Paprocki, um grande mentor e amigo em minha vida, cujo exemplo de vida, sabedoria e trabalho, tem influenciado muito do que faço, por tudo o que dele recebi.

Ao Dr. Fábio Lopes Rocha, pela grande amizade, pelas sugestões e colaborações contínuas.

À Prof. Dr^a Rachel Vilela Fávero, por sua inestimável ajuda em momentos importantes e difíceis da minha vida.

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, pela orientação a essa Dissertação de Mestrado e pela possibilidade de compartilhar da sua experiência, praticidade, simplicidade e sabedoria.

Ao Dr. Flávio Neves por estar presente em momentos significativos da minha vida.

Aos colegas e amigos do curso de pós-graduação, Ana Lúcia, Ana Cecília, Déborah, Osmar... grandes companheiros.

Aos professores do curso de pós-graduação em Saúde Mental pelos ensinamentos e pelo auxílio na percepção das várias faces do conhecimento.

À Secretária do curso de pós-graduação, Sandra Moreno, pela amizade e auxílio constante.

Resumo

O Distúrbio Obsessivo Compulsivo (DOC) é um dos quadros psiquiátricos de mais difícil compreensão. Os estudos que caracterizam os pacientes adultos com DOC são poucos e esse número é ainda mais limitado quando nos referimos a pacientes com diagnóstico de DOC pelo DSM-III-R. Diante disso, o presente estudo foi realizado com o objetivo de descrever as características sócio-demográficas e clínicas de 50 pacientes.

Foram estudados os prontuários de 50 pacientes com DOC, as lacunas foram preenchidas através de contato por telefone, carta e quando possível entrevista direta dos pacientes. Os instrumentos utilizados foram um questionário e o Yale-Brown check-list.

Apesar das limitações do nosso estudo, os resultados foram, em geral, consistentes com os achados prévios da literatura, mostrando uma consistência entre as culturas: quadro de início precoce; acometimento ligeiramente maior do sexo feminino; intervalo prolongado entre o início dos sintomas e a época do 1º tratamento; comprometimento significativo do funcionamento, chegando, às vezes, a impedir a execução de atividades sociais e/ou ocupacionais do indivíduo; as obsessões mais comuns são as de contaminação e agressão; e as compulsões são de verificação e limpeza; ocorrência frequente de mais de um tipo de obsessão e/ou compulsão; elevada frequência de DOC entre parentes de 1º grau; resultados terapêuticos que, na maioria das vezes, variavam entre 41 a 80%, com o uso de inibidores da recaptação de serotonina. Ressalte-se a elevada frequência de suicídio (1%) entre os parentes de 1º grau dos pacientes. Esse achado necessita ser replicado e melhor estudado.

Introdução

"Não haverá nunca uma porta.
Estás dentro
E o alcácer abarca o universo
E não tem nem anverso nem reverso
Nem externo muro nem secreto centro.
Não esperes que o rigor de teu caminho
Que teimosamente se bifurca em outro,
tenha fim. É de ferro teu destino"

J. L. Borges

O meu primeiro contato com um paciente com Distúrbio Obsessivo Compulsivo (DOC) ocorreu em 1989. Eu fazia o primeiro ano da minha residência em psiquiatria.

Foram 2 pacientes com os quais eu tive contato naquele período. Ambos estavam internados e apresentavam um quadro grave de DOC. O primeiro paciente apresentava à internação um quadro concomitante de Depressão Maior com risco de suicídio. O outro paciente tinha história de várias internações psiquiátricas com diagnóstico de Esquizofrenia e somente na última internação, foi realizado o diagnóstico de DOC.

Esses pacientes me impressionaram muito pelos seguintes motivos: evoluções crônicas, várias internações, sem história de melhora com tratamentos anteriores (no primeiro caso, o paciente já havia sido submetido à psicocirurgia sem resultado). O outro ponto que me incomodava: a doença trazia uma enorme angústia a esses pacientes, grande incapacitação e a psiquiatria parecia não poder ajudar muito...

Desde então, sempre que possível, eu procurava me reportar à literatura sobre o tema. Ao terminar a residência ingressei em um curso de pós-graduação, onde tive a possibilidade de estudar melhor este distúrbio que tanto havia me intrigado. Como esses pacientes são pouco frequentes no consultório, optei por estudar prontuários de pacientes com diagnóstico prévio de DOC.

Essa dissertação está dividida em duas partes: na primeira nos reportamos à literatura sobre o DOC para obtenção de uma visão das características sócio-demográficas e clínicas. A segunda, consiste no levantamento do perfil de 50 pacientes de um consultório particular com diagnóstico de DOC, através do estudo de seus prontuários.

Primeira Parte

"... É preciso admitir que uma neurose obsessiva não é, em si, algo fácil de compreender..."

Freud - 1909

O Distúrbio Obsessivo Compulsivo (DOC) tem sido considerado de várias formas ao longo dos tempos: como uma forma de possessão demoníaca, na idade média, como um distúrbio de origem psicogênica; ou como um distúrbio de natureza orgânica, mais recentemente. A ênfase em determinados aspectos de seu quadro varia conforme a época e as concepções teóricas de cada autor.

O interesse acerca desse distúrbio tem crescido substancialmente a partir da década de 80, em decorrência da constatação de uma prevalência maior do que a que se supunha anteriormente, do avanço no conhecimento de determinados aspectos biológicos e na ampliação de suas perspectivas terapêuticas.

Apesar desse interesse crescente, o DOC permanece como um dos quadros psiquiátricos de mais difícil compreensão.

1 – *Concepções históricas*

1.1 – *Período Medieval*

Na idade média, termos latinos como obsidiare (que significa cercar, assediar, sitiar), compulsus (termo do latim jurídico significando forçar alguém a se comunicar), scrupulu (que significa pedra pequena e afiada que adquiriu o significado de dúvida de consciência) (Ferreira, 1986) eram adotados pela comunidade médica europeia para tratar de fenômenos que se assemelhavam à atual descrição do DOC (Berrios, 1989).

Segundo as concepções da época, o homem estaria sujeito à tentações, e o DOC, como todas as doenças mentais da época, passa a ser objeto dos teólogos e dos estudiosos da demonologia. Os inquisidores Heinrich Kramer e James Sprenger (1484) descreveram distúrbios semelhantes ao DOC como uma forma de possessão demoníaca em sua obra intitulada "Malleus Maleficarum".

Nesta época, Santo Inácio de Loyola e Martinho Lutero, personagens proeminentes na história da religião católica, forneciam as descrições mais claras da escrupulosidade, que regia a vida de ambos (Greenberg, Witztum, Pisante; 1987). Em 1548, Santo Inácio de Loyola escreveu uma obra "Exercícios espirituais" na qual definia a escrupulosidade, baseando-se em seu próprio comportamento.

1.2 – *A visão inglesa nos séculos XVI e XVII*

Os ingleses associavam o DOC com a culpa, com a melancolia e a preocupação com temas religiosos (Insel, 1990).

Em 1759, Samuel Johnson, denominou de "Religious Melancholy" - um quadro que se assemelhava ao DOC e onde a culpa era o sintoma nuclear. Johnson, poeta e estudioso da época, parecia sofrer de uma patologia semelhante ao DOC (Insel, 1990).

"...era um cuidado ansioso de sempre passar por uma porta ou por uma passagem, com um certo número de passos a partir de um determinado ponto...".
(Rapoport, 1990).

1.3 – Teorias Modernas

1.3.1 – O século XIX e a psiquiatria francesa.

Em 1838, Esquirol descreveu uma forma de monomania ("Délire Partiel"). Definia essa categoria nosológica como "uma atividade instintiva, irresistível e involuntária" (Berrios, 1989). Considerava-a uma patologia da vontade, onde a dúvida era o sintoma chave – nomeada "folie du doute" (Insel, 1990).

Na segunda metade do século XIX, Morel chamou de "Délire Emotif", um quadro com características semelhantes ao DOC. Segundo a concepção de Morel o DOC era um "distúrbio das emoções", uma neurose, "uma forma particular de idéia fixa" (Berrios, 1989). Atualmente a visão de Morel está de volta, no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-III-R) e na Classificação Internacional – 10ª edição (CID-10), que consideram o DOC um distúrbio das emoções, uma neurose.

Em 1875, Legrand Du Saulle consegue delimitar melhor o quadro denominado por ele "folie du doute avec délire du toucher". Estudou 27

casos e considerou que, este distúrbio apresentava 3 estágios, sendo que no 3º estágio, os pacientes evoluíam quase invariavelmente para um quadro com características psicóticas. Assinalava também que as fobias e as epilepsias faziam parte do DOC. Ainda na segunda metade do século XIX e início do século XX, Ribot considerava que a chamada insanidade da dúvida consistia em "uma hesitação sobre questões fúteis, e uma incapacidade para tomar decisões" (Berrios, 1989).

1.3.2 – *A teoria de Pierre Janet*

Em 1903, Janet apresentou um estudo de 236 casos de "Psychasthenia" em sua obra "Les obsessions et la Psychasthénie". A psicastenia era considerada por ele como uma neurose que englobava a angústia, as obsessões e as fobias. Janet acreditava que a Psicastenia era uma debilidade congênita, grave, precipitada pelo estresse físico ou psicológico e que levava a um estado de fadiga psíquica. Para esse autor, a psicastenia era a expressão de uma alteração das funções psíquicas superiores levando a uma exacerbação das funções inferiores (mais simples e automáticas e que seriam, normalmente, controladas pelas funções superiores). Na psicastenia ocorreria um abaixamento da tensão psicológica secundário a precipitantes como doença física, infecções e cansaço (Pitman, 1987).

1.3.3 – *Concepções da Psiquiatria alemã*

Westphal (1878) fez uma das primeiras e mais completas descrições acerca do "Vorstellugen". A denominação "Insanidade abortada" utilizada por ele, servia exatamente para diferenciar os pensamentos obsessivos das

idéias delirantes da "demência precoce". Para Westphal, o surgimento de pensamentos irracionais era o elemento decisivo desse quadro (Berrios, 1989).

"Representações que, sem que a sua tonalidade afetiva o explique, aparecem na consciência com o sentimento subjetivo de sua obrigatória persistência, não podem ser afastadas dela pelos esforços voluntários de quem os padece e, conseqüentemente, dificultam e entorpecem o curso ordinário das representações, ainda que o indivíduo se dê conta de sua falta de fundamento e, também reconheça, na maioria dos casos, a falsidade de seu conteúdo e o caráter francamente patológico do fenômeno" (Westphal, 1878).

Para Jaspers (1913) a obsessão era caracterizada pela incapacidade do eu de resistir a pensamentos intrusivos (luta interna). Sua definição baseava-se em dois pontos principais: a resistência do indivíduo frente a idéia e no absurdo, na falta de sentido da idéia.

"... Quando, porém, o eu deixa de ser senhor de sua escolha, quando perde a influência sobre o objeto que pretende tornar conteúdo de sua consciência e, ao invés, o conteúdo da consciência continua mesmo contra sua vontade; quando o eu luta contra o conteúdo, que não pode afastar, embora o queira, é que este conteúdo adquire o caráter de obsessão psíquica ..."

"Em sentido estrito, portanto, denominam-se fenômenos compulsivos ou obsessivos, os fenômenos contra cuja existência o sujeito em primeiro lugar se defende e cujo conteúdo lhe é em segundo. lugar, sem sentido, sem fundamento, incompreensível ou relativamente incompreensível".

Jaspers também chama a atenção para o papel da angústia no DOC.

"... Para livrar-se da angústia, os pacientes tem de fazer ações sem sentido, embora inofensivas. A angústia ante a angústia causa angústia e em círculo vicioso, autopotencia o fenômeno."

Kurt Schneider (1950) classificou as neuroses segundo os conceitos de "Reações vivenciais ou de personalidades psicopáticas". Propôs a mudança do termo neurótico para psicopata obsessivo ou anancástico dentro do grupo de psicopatas inseguros de si mesmo.

"... Pensamento em pessoas de insegurança interna e com falta de confiança em si mesmos. A falta de liberdade e a timidez dos inseguros acham-se muitas vezes compensados em sua manifestação externa mediante uma aparência demasiado segura... O escrúpulo e os sentimentos de insuficiência referem-se muito frequentemente, embora nem sempre a conduta moral. Andam sempre de consciência pesada e procuram logo em si mesmos a culpa por todo fracasso(...)

peessoas cuja vida transcorre na maior pureza e conscienciosidade, de modo até exagerado, mas que, não obstante, estão sempre se examinando. Como se sabe, é no terreno dessas naturezas e de outros semelhantes que nasce a maioria dos fenômenos obsessivos. Ao invés de neuróticos obsessivos, é preferível falar de psicopatas anancásticos ou obsessivos".

1.4 – *A visão psicanalítica*

No início do século XX, o DOC passou a ser visto principalmente através das concepções psicanalíticas. Essa visão persistiu através da maior parte do século.

Freud (1907) concebeu, inicialmente, as idéias obsessivas como censuras a algum ato sexual praticado prazerosamente na infância (posteriormente veio a reformular essa idéia). Em 1909, apresentou a descrição de um caso clínico intitulado "O Homem dos Ratos", uma descrição minuciosa e envolvente acerca do DOC. Descreveu aquele que se tornaria o mais célebre de todos os pacientes obsessivos, o caso Lorenz. Seu tratamento, iniciado em 1907, durou cerca de um ano. Segundo Freud (1909) houve remissão dos sintomas com a análise. Lorenz faleceu durante a Primeira Guerra Mundial.

Nas considerações acerca desse quadro, Freud delineia noções para a compreensão da dinâmica obsessiva: o papel da ambivalência; a fixação na fase anal e regressão; os mecanismos psíquicos típicos: formação reativa, deslocamento, isolamento e anulação; o pensamento mágico. Para ele, os

sintomas obsessivos seriam consequência de um conflito psíquico que mobilizaria e bloquearia as energias do paciente.

"Um processo de pensamento é obsessivo ou compulsivo quando, em consequência de uma inibição (devida a um conflito entre impulsos oponentes) na extremidade motora do sistema psíquico, ele é levado a cabo com um dispêndio de energia que (no que concerne tanto à qualidade quanto à quantidade) está normalmente reservado unicamente para as ações; ou então, com outras palavras, um pensamento obsessivo ou compulsivo é aquele cuja função está em representar um ato regularmente."
(Freud, 1909)

Freud acreditava que as obsessões seriam mecanismos de defesa frente a angústia gerada pela repressão do superego às tendências instintivas do ego, concretamente, a neurose obsessiva seria resultado da repressão de tendências sádico-anais. De acordo com a psicanálise, existiria um continuum entre traços de personalidade e a neurose obsessiva. Essa concepção é oposta as concepções psiquiátricas atuais (ver diagnóstico diferencial).

É inquestionável a contribuição da psicanálise para uma melhor compreensão da luta interna do paciente obsessivo; mostrando com clareza a ambivalência, a necessidade de controle, a propensão ao pensamento mágico, a confusão entre pensamento e ação que caracterizam a doença desses pacientes.

As contribuições psicanalíticas subsequentes à Freud tem sido pouco mais que elaborações das suas idéias fundamentais.

1.4.1 – *Mecanismos Psíquicos*

Freud (1909) chama a atenção para os mecanismos psíquicos típicos dos neuróticos obsessivos. Fala acerca da formação reativa, do isolamento, do deslocamento, da anulação, e da ambivalência

- da ambivalência – termo criado por Bleuler e adotado por Freud. "... Trava-se uma batalha em nosso protagonista entre o amor e o ódio dirigidos a mesma pessoa (...) a coexistência crônica de amor e ódio, ambos dirigidos para a mesma pessoa e ambos com o mesmo elevadíssimo grau de intensidade, não pode deixar de assombrar-nos (...) A condição necessária para a ocorrência de um estado de coisas tão estranho na vida erótica de uma pessoa parece ser que, numa idade realmente precoce, em algum lugar no período pré-histórico de sua infância, ambos os opostos ter-se-iam separado e um deles, habitualmente o ódio, teria sido reprimido..."
- da formação reativa – Traços de caráter que se desenvolvem com características opostas ao traço que teria emergido na consciência se não tivessem sido considerado inaceitável. "...simultaneamente a idéia sempre aparecia uma "sanção", isto é, a medida defensiva que ele estava obrigado a adotar, a fim de evitar que a fantasia fosse realizada..."
- da anulação – Mecanismo no qual alguma emoção, pensamento ou ação acontecida é tornada sem efeito. Evitando assim as consequências e significação de um ato psíquico, dissipando o próprio ato mediante uma ação que pretensamente o cancele. "... atos compulsivos como este, em

dois estágios sucessivos, quando o segundo neutraliza o primeiro, constituem uma típica ocorrência nas neuroses obsessivas. Sua real significação, contudo, reside no fato de serem eles representação de um conflito entre dois impulsos opostos de força aproximadamente igual; e, até agora, tenho achado, invariavelmente, que esta se trata de uma oposição entre o amor e o ódio."

- do deslocamento – A energia psíquica e a significação são transferidas de uma imagem, representação mental ou objeto para outro."... o afeto se justifica mas pertence a outro contexto (...) por este motivo, ocorre, com alguma regularidade, que os neuróticos obsessivos perturbados com autocensuras, mas havendo ligado seus afetos com causas errôneas, contam também ao médico as causas verdadeiras, sem qualquer desconfiança de que as suas autocensuras ficavam simplesmente separadas delas..."
- do isolamento – Mecanismo mediante o qual uma vivência desagradável é isolada e despojada das suas significações e do afeto que a acompanha"... cada idéia obsessiva é quase sempre removida da situação na qual ela se originou e na qual, a despeito de sua deformação, ela seria capaz de ser compreendida com maior facilidade. Tendo em mira essa finalidade, em primeiro lugar um intervalo de tempo é inserido entre a situação patogênica e a obsessão que dela emerge, de modo a desnortear toda a investigação consciente de suas relações causais..."

1.4.2 – *Características Marcantes*

Freud (1909) traz à luz ainda algumas características peculiares aos obsessivos: a superstição, a dúvida, a onipotência dos pensamentos e a atitude desses pacientes diante da morte.

- da superstição – nosso paciente era altamente supersticioso(...) contudo, ele escapara de preconceitos vulgares, tais como temer a sexta-feira, ou o número 13, e outros mais. Acreditava, porém, em premonições e sonhos proféticos.

"... o paciente sentia necessidade de encontrar experiências que atuassem como esteios de suas superstições de que foi em torno disso que ele tanto se ocupou em observar as inexplicáveis coincidências da vida cotidiana..."

- da onipotência – "... nosso paciente, tal como outros obsessivos, era compelido a superestimar os efeitos de seus sentimentos hostis sobre o mundo externo..." (a onipotência dos pensamentos tem sido reconhecida como elemento da vida mental dos povos primitivos).
- da dúvida – a incerteza ou a dúvida é uma necessidade na vida do obsessivo.

"... a criação da incerteza é um dos métodos utilizados pela neurose a fim de atrair o paciente para fora da realidade e isolá-lo do mundo".

"... a dúvida corresponde à percepção interna que tem o paciente de sua própria indecisão, a qual em consequência da inibição de seu amor através de seu ódio, dele se apossa diante de qualquer ação intencionada. A dúvida é, na realidade, uma dúvida de seu próprio amor(...) Um homem que duvida de seu próprio amor permite-se, ou, antes, tem que duvidar de alguma coisa de menor valor.

É essa mesma dúvida que leva o paciente à incerteza com respeito a suas medidas protetoras, bem como à sua contínua repetição delas com o fito de expulsar a incerteza; ademais, é, também, essa dúvida que enfim estabelece o fato de os próprio atos protetores do paciente serem impossíveis de se realizarem, tanto quanto a sua original decisão inibida em relação ao seu amor".

- da morte: "... os seus pensamentos ocupam-se incessantemente com a duração da vida e possibilidade da morte de outras pessoas(...) Mas esses neuróticos carecem do auxílio da possibilidade da morte, sobretudo a fim de que ela possa servir de solução dos conflitos que eles não resolveram. A sua característica essencial reside no fato de eles serem incapazes de chegar a uma decisão, especialmente em matéria de amor; esforçam-se por protelar qualquer decisão e, na dúvida de saberem por qual pessoa vão se decidir ou que medidas adotarão contra alguma pessoa, obrigam-se a eleger como modelo o velho tribunal de justiça alemão, no qual os processos se encerravam, de praxe, antes de serem julgados, com a morte das partes em litígio. Assim, em todo conflito que se introduz em suas vidas, ficam à espreita de que ocorra a morte de alguém que lhes é importante, em geral de alguém a quem amam." (Freud, 1909).

1.4.3 – *Freud: Tabu e obsessão*

Em 1913, Freud escreveu um artigo intitulado "TOTEM E TABU" onde traça linhas de concordância entre a vida mental dos neuróticos e dos povos primitivos.

TABU é um termo polinésio com um duplo significado: por um lado sagrado e por outro proibido, perigoso. O Tabu seria o código de leis não escrito mais antigo do homem, mais antigo que os deuses e as religiões.

Mas acerca da relação entre neurose obsessiva e os tabus dos povos primitivos, Freud (1913) escreveu:

"... pessoas que criavam para si mesmas proibições de tabus individuais dessa mesma espécie e que obedecem a elas com tanto rigor quanto os selvagens obedecem aos tabus comuns a sua tribo ou sociedade. Se já não estivesse habituado a descrever essas pessoas como pacientes "obsessivos", verificaria que a "doença do tabu" seria a expressão mais apropriada para a condição deles.

Freud relaciona as semelhanças entre o tabu e os sintomas obsessivos:

- faltam às proibições um motivo atribuível;
- são mantidos por uma necessidade interna;
- são facilmente deslocáveis e existe um risco de "infecção" proveniente do proibido;
- criam exigências (imposições) para a realização dos atos cerimoniais (Freud, 1913).

A onipotência dos pensamentos, o pensamento mágico, a superstição assemelham os obsessivos aos povos primitivos.

"... vê-se que a onipotência de pensamentos, a supervalorização dos processos mentais em comparação com a realidade, desempenha um papel irrestrito na vida emocional dos pacientes neuróticos e em tudo que deles se deriva.(...) Essa conduta (...) revela a semelhança dele com os selvagens que acreditam poderem alterar o mundo externo pelo simples pensamento. Os atos obsessivos primários desses neuróticos são de um caráter inteiramente mágico. Se não são encantamentos, destinados a manter afastadas as expectativas de desgraça com que a neurose geralmente começa. Sempre que consegue penetrar o mistério, descobri que a desgraça esperada era a morte..."

(Freud, 1913)

1.5 – *A visão atual*

As pesquisas recentes acerca do DOC tem evoluído sobretudo na área biológica. O encorajamento para esses estudos da biologia do DOC origina-se na melhora dos sintomas obsessivos com o uso de inibidores da recaptação de serotonina. Investigações nessa área tem tentado determinar uma possível base neuroquímica envolvendo predominantemente o sistema serotoninérgico.

O DOC tem sido relacionado também a uma disfunção dos gânglios basais (nessa região existe uma concentração aumentada de serotonina). Segundo Rapoport (1990), o DOC é a síndrome psiquiátrica com maior probabilidade de ser originária de um distúrbio neurológico específico.

2 – Epidemiologia

Até o início da década de 80, o DOC era considerado raro tendo um mau prognóstico. Até essa época, a única estimativa de sua prevalência havia sido feita por Rudin (1953), que encontrou uma taxa de aproximadamente 0,05% na população geral.

As razões apontadas para a subestimativa do DOC:

- 1 – A vergonha e o medo do estigma: pacientes por medo de serem estigmatizados, por ficarem envergonhados com o fato de parecerem estar enlouquecendo, não falam sequer a seus familiares ou médicos acerca dos seus sintomas. O DOC adquire um caráter secreto. Freud (1907), já fazia observações acerca da natureza íntima e particular dessa patologia.

"... Os que sofrem dessa enfermidade são capazes de manter o seu mal como um assunto particular, ocultando-o por muitos anos. Na verdade, o número de pessoas que sofrem dessa forma de neurose é muito maior do que o que chega ao conhecimento dos médicos. Além disso, para muitas vítimas a ocultação se torna fácil tendo em vista que são capazes de desempenhar seus deveres sociais parte do dia, desde que devam certo número de horas a suas atividades secretas, longe dos olhares..."

- 2 – A reduzida procura por tratamento: Rasmussen e Tsuang (1986) acreditam que, os pacientes obsessivos em sua maioria

procuram o auxílio médico somente quando seus sintomas se tornam tão graves que comprometem o funcionamento ocupacional e/ou social do paciente;

- 3 – Ausência de identificação, por parte do médico, da diversidade de apresentação dos sintomas no DOC;
- 4 – A coexistência com várias outras patologias dificulta o diagnóstico diferencial;
- 5 – O não uso rotineiro de perguntas específicas acerca de obsessões e compulsões no exame do estado mental. (Rasmussen & Eisen, 1990).

Na década de 60, vários avanços metodológicos em epidemiologia começaram a ocorrer; incluindo o desenvolvimento de critérios diagnósticos – Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais – (DSM) e de entrevistas estruturadas que poderiam ser administradas por entrevistadores leigos.

Os estudos realizados nos anos 80 mostraram que o DOC poderia ser 25 a 60 vezes mais comum do que anteriormente se acreditava. (Karno, Golding, Sorenson et al; 1988).

Os dados atuais mostram que o DOC é um distúrbio frequente. Os principais estudos relacionados com essa visão foram: o "Epidemiologic Catchment Area" (ECA) e o estudo "Flament-Rapoport".

Área de Captação Epidemiológica (ECA): Em 1984, foi apresentado nos Estados Unidos, os resultados preliminares de um estudo epidemiológico em larga escala - o ECA (Karno et al, 1984). Esse estudo

utilizou os avanços metodológicos alcançados pela epidemiologia nas décadas de 70 e 80. Apresentava os seguintes objetivos:

- 1 – determinar a prevalência de distúrbios psiquiátricos segundo os critérios diagnósticos do DSM-III durante a vida toda e por um período de 6 meses na população em geral dos EUA e,
- 2 – determinar os padrões de utilização dos serviços de saúde para cada distúrbio psiquiátrico investigado.

Entre os resultados apresentados, os números de prevalência para o DOC surpreenderam: Os dados iniciais indicavam que 2,5% da população investigada apresentavam em algum período da vida, sintomas obsessivos que preenchiam os critérios diagnósticos do DSM-III para o DOC. De acordo com este resultado, o DOC seria o quarto distúrbio psiquiátrico mais comum, depois das fobias, abuso de substâncias e os quadros depressivos maiores (Rasmussen e Eisen, 1990).

Uma parcela da comunidade científica recebeu esses estudos com certo ceticismo. As críticas ao ECA incluíam o uso do DIS – entrevista estruturada para diagnóstico segundo o DSM-III, administrada por leigos. Seus critérios de gravidade (semelhantes aos utilizados pelo DSM-III) eram considerados por muitos como débeis e abertos a interpretações, e o emprego de entrevistadores leigos. (Anthony et al., 1985; Helzer et al 1985).

Segundo esses críticos, a prevalência do DOC pode ter sido superestimada. Apesar dessas críticas e de estudos mostrando o contrário, o estudo Flament-Rapoport (1988) confirmou os achados do ECA.

Estudo "Flament-Rapoport": Entre os estudos epidemiológicos acerca do DOC, o estudo "Flament-Rapoport" (1988) parece ser o metodologicamente mais seguro, trazendo informações confiáveis acerca da prevalência do DOC.

Flament e colaboradores (1988) estudaram 5600 adolescentes, alunos do 2º. grau. Em uma primeira etapa, aplicaram o inventário "Leyton" para Obsessões; dos 5600 estudantes, 2% apresentavam indicações sugestivas de sintomas obsessivos. Em um 2º. momento, esses 2% dos adolescentes foram entrevistados por um psiquiatra altamente qualificado e experiente no diagnóstico de DOC. Foi utilizada uma entrevista parte estruturada, parte semi-estruturada. Entes esses adolescentes 0,3% preencheram os critérios diagnósticos do DSM-III-R para o DOC.

Como a idade média de início do DOC é em torno dos 19 anos, esse resultado necessitou ser ajustado em relação a idade. Para Flament e colaboradores (1988), a prevalência estimada para DOC estaria entre 1 e 2%, um número muito próximo da prevalência de um mês de 1,3% do ECA (Rasmussen & Eisen; 1990).

Para Stoll, Tohen e Baldesarini (1992) esse aumento do diagnóstico do DOC não é real, mas secundário ao aumento da sensibilidade para o diagnóstico. Do ponto de vista destes autores, a frequência aumentada do diagnóstico poderia estar relacionada ao aumento das publicações acerca do tema. Ocorreria assim, um enviesamento diagnóstico nos quais os clínicos considerariam e diagnosticariam uma condição para os quais existem tratamentos mais eficazes e inovadores, representando então, um tratamento orientando um enviesamento diagnóstico.

2.1 – *Epidemiologia do Distúrbio Obsessivo Compulsivo no Brasil*

Não é de nosso conhecimento a existência de estudos epidemiológicos específicos acerca do DOC no Brasil.

Almeida Filho e colaboradores (1992) realizaram um estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas, onde o DOC aparece em oitavo lugar, na frente apenas dos quadros psicóticos, das manias e ciclotimias.

3 – Definição

Importunado, atormentado, perseguido são termos utilizados para definir o adjetivo obsessivo. Compulsivo significa próprio para compelir, obrigar, forçar, coagir, constranger (Ferreira, 1986).

Distúrbio Obsessivo Compulsivo é o termo utilizado pela Associação Psiquiátrica Americana (1989) para designar o quadro onde a característica essencial são as obsessões e/ou compulsões recorrentes, graves o suficiente para causar sofrimento, consumir tempo e interferir no funcionamento social ou ocupacional do paciente. Utilizamos a definição da APA por a considerarmos mais adequada aos objetivos do nosso trabalho. Entretanto, reconhecemos ser esta uma definição imperfeita e inacabada sob vários aspectos e que merece ampliações e correções. Conforme Insel (1990):

"A definição do DOC no DSM-III-R é, quando muito, um modelo de trabalho para classificar o distúrbio. Isto pode bastar para muitos livros-textos mas falha em fazer justiça à extensão ou a natureza enigmática da síndrome..."

4 – Critérios Diagnósticos

O estabelecimento de critérios diagnósticos padronizados tem se mostrado importante como base para a prática clínica e para pesquisas. Pensando nestes termos, um modelo atóxico e mais descritivo é o almejado. Exemplos dessa tentativa são o DSM-III-R (APA) e a CID-10 (OMS).

4.1 – DSM-III-R

Neste manual, o DOC está incluído entre os distúrbios de ansiedade. Essa inclusão se deve a ansiedade gerada pelas obsessões e ao alívio da ansiedade alcançada através das compulsões.

São critérios diagnósticos para o DOC (DSM-III-R – APA, 1989):

- A – obsessões:
- idéias, pensamentos ou impulsos recorrentes;
 - vividas como intrusivas e sem sentido, mas próprias do indivíduo;
 - o indivíduo tenta ignorá-las ou suprimi-las;
 - se outro distúrbio do eixo 1 está presente, o conteúdo das obsessões não está relacionado com eles.
- compulsões:
- comportamentos repetitivos executados conforme determinadas regras ou de forma estereotipada;
 - destinadas a neutralizar ou prevenir de forma não realista mal estar ou evento temido.
 - atos reconhecidos como sem sentido ou exagerados.

B – Mal estar importante ou prejuízo do rendimento social ou ocupacional.

O DSM-III-R (APA, 1989) separa as obsessões das compulsões e enfatiza que tanto uma como outra contribuem para o comprometimento do funcionamento.

4.2 – CID-10

A CID-10 (OMS,1992) trata o DOC como um quadro isolado, não o incluindo entre os distúrbios de ansiedade. Nesta classificação, o DOC está inserido entre os Transtornos Neuróticos, relacionados ao Estresse e Somatoformes, ficando subdividido de acordo com suas características principais em:

- 0 – predominantemente pensamentos ou ruminações obsessivas;
- 1 – predominantemente atos compulsivos (rituais obsessivos);
- 2 – pensamentos e atos obsessivos, mistos
- => outros distúrbios obsessivos compulsivos
- => distúrbio obsessivo compulsivo não especificado.

Para um diagnóstico do DOC segundo os critérios da CID-10 (OMS,1992) as síndromes obsessivas e/ou atos compulsivos devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas consecutivas e ser uma fonte de angústia ou de interferência com as atividades. Além disso, os sintomas obsessivos precisam ter as seguintes características:

- a – devem ser reconhecidos como pensamentos ou impulsos do próprio indivíduo;
- b – deve haver pelo menos um pensamento, ou ato que é ainda resistido, sem sucesso, ainda que possam estar presentes outros aos quais o paciente não resiste mais;
- c – o pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (o simples alívio de tensão ou ansiedade não é, neste sentido, considerado como prazer);
- d – os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.

4.3 – *Diferenças entre o DSM-III-R e a CID-10*

Os critérios diagnósticos do DSM-III-R e da CID-10 são semelhantes. A tentativa de resistir, a recorrência, o sofrimento e a interferência com a rotina diária são necessárias para o diagnóstico de DOC em ambos os sistemas.

Existem, entretanto, algumas diferenças:

- 1 – Conforme já mencionado a CID-10 não inclui o DOC entre os distúrbios de ansiedade;
- 2 – A CID-10 (OMS, 1992) estabelece uma duração de tempo para os sintomas (devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas consecutivas). O DSM-III-R (APA, 1989) não estabelece período de tempo para o diagnóstico.

- 3 – Enquanto que a CID-10 chama a atenção para o fato de que o pensamento de executar o ato não deve ser em si mesmo prazeroso; o DSM-III-R não faz menção a esse tópico.
- 4 – A CID-10 utiliza os conceitos obsessões e compulsões como equivalentes apenas enfatizando ser um, ato e outro, idéia. No DSM-III-R não é citada a necessidade da existência da resistência nas compulsões.
- 5 – É critério diagnóstico do DSM-III-R a irracionalidade e a falta de sentido das obsessões e compulsões. A CID-10 valoriza menos este sintoma. "... usual, embora não invariavelmente... reconhecido como despropositado..." (OMS, 1992).

Tanto o DSM, quanto a CID permitem a inclusão de pacientes com diagnósticos associados (e.g. depressão maior).

No esboço do DSM-IV (APA, 1993) foi introduzido um subtipo de DOC caracterizado pela pobreza de "insight". Nestes casos, poderia ocorrer uma transição da sintomatologia obsessiva para psicótica. Os pensamentos obsessivos podendo, momentaneamente, tomar proporções delirantes.

5 – *Quadro Clínico*

O DOC se apresenta como um grupo de sintomas, que variam individualmente e são inconstantes ao longo do tempo, mas que como grupo mantém as suas características. O diagnóstico, portanto, é geralmente fácil de se fazer quando se tem algum conhecimento acerca do quadro.

O quadro clínico desse distúrbio pode se apresentar de várias formas. Idéias, ruminações, crenças, imagens, impulsos e rituais são algumas dessas formas (os sintomas obsessivos, raramente, ocorrem isoladamente).

5.1 – *Psicopatologia*

Chama a atenção ao se estudar a psicopatologia desse fenômeno, a restrição da liberdade e a perpétua escravidão desses pacientes. Goas (1966) propõe 5 pontos principais como base da psicopatologia do DOC:

- a – o caráter de imposição: a sensação de estar sendo obrigado a ceder à idéia ou ao ato.
- b – a luta interna: o caráter de "discussão íntima". (e.g. o paciente questiona o absurdo da idéia, questiona se realizou determinado ato).
- c – o absurdo da idéia: ou a falta de sentido do conteúdo da obsessão;
- d – a repetição: a persistência e a recorrência da idéia ou do ato;
- e – o reconhecimento de que as obsessões são originárias do próprio eu.

5.1.1 – *Formas das obsessões e compulsões*

5.1.1.1 – *Idéia obsessiva:*

Pensamento intrusivo, que interfere com o curso normal do pensamento e causa sofrimento ao paciente. A idéia obsessiva é a forma mais frequente de manifestação do DOC. Pode apresentar variados conteúdos (e.g. palavras, frases, músicas, números). (Goas, 1966)

Segundo Jaspers (1913), "as idéias obsessivas são características porque o indivíduo crê em um conteúdo e no entanto sabe que o conteúdo é falso". Ocorre que estes pacientes apresentam "um certo tipo de falta de liberdade espiritual", pois as idéias permanecem na consciência independente da vontade do paciente.

5.1.1.2 – *Ruminação obsessiva:*

Pensamento mais prolongado, interminável e inconcluso acerca de temas como religião e metafísica. São duas tendências opostas, o pensamento obsessivo e os mecanismos de defesa contra o pensamento, dentro de um mesmo indivíduo. Consequentemente, instala-se a dúvida obsessiva. Essa dúvida pode fazer com que o paciente cheque e recheque, parando somente quando vencido pelo cansaço ou após um número "mágico" pré-determinado de vezes (Goas, 1966).

5.1.1.3 – *Crença obsessiva:*

Convicção íntima de que seus pensamentos podem ou irão causar (ou evitar) um determinado efeito. É a fórmula mágica do paciente obsessivo onde pensamento é igual a ação. Concordamos com Akhtar e colaboradores

(1975) que consideram as rumações como parte das idéias obsessivas e incluímos, também, as crenças dentro deste grupo.

5.1.1.4 – *Impulso obsessivo*:

Ímpeto irresistível de fazer algo determinado, geralmente absurdo e com frequência agressivo (podendo ser auto-agressividade ou heteroagressividade), ou embaraçoso. (Goas, 1966)

5.1.1.5 – *Imagens obsessivas*:

Representação repetitiva; geralmente de natureza violenta, sexual ou repugnante. Pode ocorrer permeada ou não de idéias obsessivas. (Goas, 1966)

5.1.1.6 – *Ritual obsessivo (compulsões)*:

Ato estereotipado, repetitivo de contar, tocar, lavar, checar, olhar etc. Na maioria das vezes, apesar de reconhecer o absurdo do ato, o paciente não consegue resistir. A tentativa de resistir gera uma ansiedade intensa e a sensação de que algo de mau pode vir a ocorrer. O ritual obsessivo possui um caráter simbólico evidente. O paciente realiza autênticas cerimônias que podem se transformar em uma verdadeira tortura se surge a dúvida acerca da realização adequada do ritual, levando a repetição do ritual e assim sucessivamente, prolongando-se indefinidamente (Goas, 1966). Akhtar e colaboradores (1975) dividem as compulsões em dois subtipos, compulsões as quais o paciente se rende e as quais ele resiste (pode controlar).

5.1.2 – Subtipos de DOC

O DOC pode ser subdividido de várias formas: enfatizando a idade de início dos sintomas (infância, idade adulta); a presença de obsessão e/ou compulsão e a presença de outros sintomas psiquiátricos associados.

Insel (1990) propõe uma subdivisão diagnóstica centrada na fenomenologia e na intensidade da resistência. Propõe 4 subtipos:

– *Obsessões de contaminação*

Tipo mais comum, geralmente acompanhado por rituais de limpeza. A resistência aos sintomas é variável (na maioria das vezes moderada). Esses pacientes mostram um comportamento evitativo significativo.

– *Dúvidas obsessivas*

Comuns, porém em grau menor, a dúvida faz com que estes pacientes apresentem rituais variados. A incerteza leva o paciente a checar, e checar faz a incerteza aumentar, e a necessidade de checar permanece. A resistência é muito elevada neste grupo. A culpa é o elemento principal na fenomenologia desses pacientes.

– *Obsessões puras*

Pensamentos intrusivos, geralmente de natureza sexual ou agressiva. As compulsões, praticamente, estão ausentes ou são de menor valor. Porém, também, podem ocorrer como "rituais" cognitivos (e.g.: pensamento oposto com a finalidade de neutralizar os pensamentos considerados tão terríveis pelo paciente).

– *Lentidão obsessiva primária*

Variante do DOC onde encontramos todos os sintomas descritos acima. Várias obsessões e compulsões estão presentes em pacientes que parecem experimentar pouca ansiedade e resistência. Muitos desses pacientes podem gastar várias horas em atividades como lavar as mãos ou barbear, o que os impede de um desempenho adequado.

A subdivisão proposta por Insel (1990), apesar de interessante do ponto de vista fenomenológico não foi validada e não é encontrada nos sistemas classificatórios como DSM-III-R da APA e a CID-10 da OMS.

5.2 – *Outras características Clínicas*

Pode-se ainda destacar algumas características típicas do DOC (Lewis, 1935):

- a frequência dos conteúdos de violência, sexo e religião na temática obsessiva;
- o conteúdo aparentemente trivial de muitas obsessões.
- o aspecto auto-torturante da doença;
- o contraste aparente entre: bondade x crueldade; lógica x insensatez; medo x desejo.

As obsessões mais comuns são em torno do tema de contaminação (e.g. medo de sujeira, germes, venenos ou toxinas invisíveis ou despercebidas). Outras obsessões frequentes são acerca de violência (e.g. medo de prejudicar alguém propositadamente ou inadvertidamente) e sexo (e.g. medo de perversões sexuais ou que seus impulsos se transformem em

ato) (Jenike, 1983; Rasmussen & Tsuang, 1986; Insel, 1990; Rapoport, 1990); o conteúdo das obsessões parece estar relacionado a fatores sócio culturais (Akhtar et al, 1975).

As compulsões mais comuns incluem lavar as mãos, rituais de limpeza, checar, contar e tocar (Jenike, 1983, Rasmussen & Tsuang, 1986; Insel, 1990; Rapoport, 1990).

Segundo Rasmussen e Tsuang (1986) o medo de contaminação geralmente é acompanhado por rituais de limpeza enquanto que as obsessões de agressão e as sexuais geralmente se acompanham por rituais de checagem.

É frequente um paciente exibir mais de um ritual e múltiplas obsessões.

5.3 – Curso e Prognóstico

O DOC é um distúrbio crônico, ocorre igualmente entre homens e mulheres (com ligeira preponderância entre as mulheres); o início é geralmente precoce, adolescência ou início da idade adulta, podendo ser de início agudo ou insidioso.

Na maioria dos casos (65%), o paciente manifesta o distúrbio antes dos 25 anos (Goodwin, Guze e Robins, 1969). Em 1/3 dos casos, o distúrbio se manifesta na adolescência e raramente se inicia após os 50 anos (Rapoport, 1990).

A idade média de início da doença está em torno dos 20 anos; entretanto, o paciente obsessivo somente decide procurar ajuda médica, em

torno de 7 anos após o início dos sintomas (Goodwin et al 1969; Rasmussen e Tsuang, 1984).

As razões que, usualmente, levam o paciente a procurar ajuda após tanto tempo do início do distúrbio são várias, entre elas (Kringlen, 1965):

- quadro depressivo;
- crises de ansiedade;
- exacerbação das obsessões, ou
- incapacitação social.

A ocorrência de fatores precipitantes no DOC é controversa. Não existem pesquisas que tenham conclusivamente relacionado o DOC com precipitantes (Rapoport, 1990). No entanto, existem estudos que apontam eventos de vida como gravidez e o nascimento de filhos como mais frequentes entre os pacientes obsessivos que em controles (Ingram, 1961). Ingram cita uma taxa de 69% de casos de DOC em que existiriam fatores precipitantes associados; enquanto, outros autores (Politt, 1957, Lo, 1967) não identificaram a presença de precipitantes.

O DOC, sem tratamento, tem evolução crônica, com períodos de exacerbações e remissões. A maioria dos pacientes parece apresentar curso episódico com períodos de exacerbação (Politt, 1957). Cinco a 10% tem curso caracterizado por declínio progressivo (Rudin, 1953). Na maioria dos casos a doença tende a se abrandar com a passagem dos anos (Ingram, 1961; Lo, 1967; Goodwin et al, 1969).

Segundo Goodwin e colaboradores (1964), nos casos leves de DOC, 60 a 80% dos pacientes estão assintomáticos ou melhores entre 1 a 5 anos

após o diagnóstico. A melhora geralmente ocorre através de uma diminuição gradual dos sintomas. Jenike (1983) após examinar e combinar estudos de seguimento (Lewis, 1936; Politt, 1957; Ingram, 1961; Kringlen, 1965) encontrou uma taxa de 45% de pacientes que se apresentavam melhores após quatro anos de seguimento.

A depressão é a complicação mais comum do DOC (Lo, 1967; Rosenberg, 1968; Goodwin et al, 1969). Já a ocorrência de suicídio é descrita como rara entre os obsessivos. (Kringlen, 1965; Rosenberg, 1968; Goodwin et al, 1969; Coryell, 1981). Os pacientes obsessivos apresentam altas taxas de celibato (Ingram, 1961; Lo, 1967). Além disto, os pacientes relacionam as sintomas como um grande obstáculo ao trabalho e as atividades de lazer (Kringlen, 1965).

Em termos de prognóstico, os fatores apontados como preditores de uma melhor evolução são (Goodwin et al, 1969):

- sintomas leves ou atípicos;
- curta duração dos sintomas antes da procura por tratamento;
- boa personalidade pré-mórbida.

A presença de fatores precipitantes e a ausência de compulsões são também apontados como preditores de bom prognóstico (Ingram, 1961; Lo, 1967; Akhtar et al, 1975).

São considerados indícios de mau prognóstico (Ingram, 1961; Lo, 1967):

- início precoce das sintomas;

- a presença de compulsões;
- quadro obsessivo grave.

Há controvérsias acerca da contribuição da personalidade anancástica como fator prognóstico (Ingram, 1961; Kringlen, 1965; Lo, 1967). O conteúdo das obsessões não é considerado com tendo significado prognóstico (Lewis, 1935).

6 – *Diagnóstico Diferencial*

A variabilidade dos sintomas e a ocorrência de outros sintomas que podem encobrir a presença das obsessões e compulsões, são fatores que contribuem para dificultar o diagnóstico do DOC.

Muitos distúrbios psiquiátricos caracterizam-se por pensamentos intrusivos, porém poucos apresentam rituais associados. Então, a presença da compulsão geralmente sustenta o diagnóstico de DOC, enquanto que a sua ausência faz o diagnóstico menos provável.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com:

- 1 – Esquizofrenia;
- 2 – Distúrbio de Personalidade Obsessivo Compulsivo;
- 3 – Outros distúrbios de ansiedade;
- 4 – Depressão maior;
- 5 – Distúrbio de Controle de Impulso;
- 6 – Variantes do DOC.

6.1 – *Esquizofrenia*

Classicamente considera-se a esquizofrenia como o diagnóstico diferencial mais difícil e complexo.

No séc. XIX, vários autores franceses correlacionaram o DOC com a psicose: Pinel ("Folie Raisonante"), Esquirol ("monomanies"); Morel ("Délire emotiv"); Legrand du Saulle ("Folie du doute avec délire du

toucher"); Magnan ("Folie des Hereditaries Dégénères") (Solyom et al, 1985; Berrios, 1989) .

A possibilidade da existência de transição entre a obsessão e a esquizofrenia era negada por Kraepelin e admitida por Bleuler (Gordon, 1950). Bleuler considerava o DOC como uma variante ou pródromo da esquizofrenia; uma espécie de esquizofrenia latente. Entretanto, Kraepelin acreditava em uma íntima relação entre a psicose maníaco - depressiva e as obsessões (Gordon, 1950), o que também foi compartilhado por Schneider. Bumke considerava as obsessões "Delusions in Statu Nascendi", isto é, para ele, existiria somente uma diferença de grau entre obsessões, idéias supervalorizadas e delírios (Gordon, 1950).

É verdade que, aparentemente, o DOC e a esquizofrenia apresentam alguns pontos em comum: o início precoce, a evolução crônica, os pensamentos intrusivos e o comportamento bizarro. Entretanto, a idéia obsessiva se distingue da idéia delirante através, principalmente, da resistência dos pacientes obsessivos à idéia; do reconhecimento do absurdo das mesmas e do fato de que estas são vivenciadas como oriundas do próprio paciente (Lewis, 1935, Insel, 1982). Entretanto, Lewis (1935) não considerava o absurdo das idéias como característica essencial para o diagnóstico diferencial. Ele enfatizava a importância da resistência. Bleuler (1911) deixava isso claro ao dizer que, enquanto os pacientes obsessivos lutam contra suas idéias, os paranóides lutam por elas.

A APA (1989) considera a falta de sentido da obsessão ou compulsão como característica essencial para o diagnóstico do DOC. Entretanto, no esboço do DSM-IV (APA, 1993) temos um subtipo designado "Poor

Insight" para aqueles casos em que os pacientes possuem pouco ou algum insight. Nos casos muito graves de DOC, os pacientes podem, momentaneamente, não resistir mais aos pensamentos intrusivos e bizarros. Uma obsessão pode tomar proporções delirantes. Às vezes a mudança da obsessão para o delírio não é abrupta, existindo uma flutuação entre ambas.

Insel e Akiskal (1986) apresentaram um estudo em que a ocorrência de delírio era de 0 a 23% em pacientes obsessivos. O delírio ocorreria quando a resistência fosse abandonada e o insight perdido. Estes delírios não significam um diagnóstico de esquizofrenia mas representam um quadro reativo, geralmente transitório. Esses autores consideram que o DOC seria constituído por um spectrum psicopatológico variando em um continuum de insight. Recomendam o uso do termo "com características psicóticas" para os casos em que o pensamento intrusivo adquire a qualidade de delírio.

Jenike e colaboradores (1986) propuseram o termo "Esquizo-obsessivo" para designar um grupo de pacientes obsessivos refratários à terapêutica tradicional e que apresentavam por vezes ideação paranóide e de auto-referência, além de preencherem os critérios diagnósticos para distúrbio esquizotípico de personalidade na maior parte das vezes.

6.2 – *Distúrbio de Personalidade Obsessivo-Compulsivo (DPOC)*

O DSM-III-R (APA, 1989) relaciona o DOC como uma possível complicação do DPOC. Apesar das duas entidades apresentarem aspectos semelhantes (indecisão, perfeccionismo, preocupação com detalhes), não existem evidências de que pacientes com DPOC tenham mais chances de

desenvolver DOC do que outras pessoas (Rasmussen & Tsuang, 1986; Pittman & Jenike, 1989).

Na concepção norte americana, o DOC se diferencia do DPOC através da distinção egodistônica (DOC) x egossintônica (DPOC) (Insel, 1982; Rasmussen & Eisen, 1992). No DPOC, os sintomas são consistentes com as características e crenças do indivíduo e não são necessariamente vistos como angustiantes e dolorosos.

A concepção dos europeus acerca da questão DOC x DPOC (Personalidade anancástica) é diferente. A personalidade anancástica definiria, em muitos casos, um DOC sublimiar. A distinção entre a mesma e o DOC seria quantitativa ao invés de qualitativa. O DOC causa angústia e sofrimento, interferindo com o funcionamento ocupacional e social, enquanto que na personalidade anancástica isso não ocorre (Rasmussen & Eisen, 1992).

A visão psicanalítica estabelece uma relação estreita entre DOC e personalidade obsessiva. Ambos são considerados como um continuum: os sintomas obsessivos seriam uma extensão ou exagero dos traços obsessivos.

Atualmente, parece haver um consenso (Insel, 1982; Rasmussen et al, 1986; Joffe, Swinson, Regan, 1988; Pitman & Jenike, 1989) de que o DOC e o DPOC são entidades nosológicas distintas que podem, entretanto, coexistir. Sabemos que a personalidade obsessiva pode ocorrer em indivíduos que nunca adoeceram mentalmente ou que apresentam outro distúrbio mental que não o DOC. Por outro lado, existem pacientes com DOC que não apresentam DPOC.

Diferenças Principais DOC x DPOC		
DOC x DPOC	DOC	DPOC
Sexo	mais frequente nas mulheres	mais frequente nos homens
Obsessões/ Compulsões	presentes	ausentes
Sintomas	egodistônico	egossintônico
Resposta a tratamento farmacológico	satisfatória	ausente
funcionamento	comprometido	não comprometido
DSM-III-R	Eixo I	Eixo II

6.3 – Outros Distúrbios de Ansiedade

O DOC é classificado entre os distúrbios de ansiedade, no entanto, existem algumas diferenças significativas entre esse distúrbio e o restante do grupo.

6.3.1 – Distúrbios Fóbicos

Pacientes fóbicos e obsessivos apresentam algumas características em comum (Hoogdwin, 1986):

- A característica central dos dois quadros é um medo irracional de determinada situação ou objeto, gerando muita ansiedade e comportamentos de evitação que visam diminuir o mal estar;

- as duas condições trazem muito sofrimento a seus portadores e podem ser muito incapacitantes do ponto de vista social e familiar;
- existe, em ambas as condições, o medo de perder o controle trazendo consequências negativas.

Auxiliando o diagnóstico diferencial temos:

- o comportamento de evitação traz mais alívio ao paciente fóbico do que ao obsessivo;
- o medo do paciente obsessivo é de ferir os outros;
- o paciente obsessivo preocupa-se com estímulos que são inevitáveis, tais como vírus, germes ou sujeira, oposto aos objetos fóbicos "clássicos" como túneis, pontes ou multidões (Zohar & Pato, 1992).
- o paciente fóbico geralmente necessita da presença dos objetos ou situação temida para a ocorrência dos sintomas, diferente do obsessivo.
- as compulsões raramente ocorrem nos quadros fóbicos.
- os pacientes com DOC geralmente não pioram sob a ação de agentes ansiogênicos (e.g. lactato) e são refratários aos ansiolíticos (Zohar & Pato, 1992).

6.3.2 – *Distúrbio de Ansiedade Generalizada (DAG)*

No DAG, o conteúdo dos pensamentos é caracterizado por preocupação exageradas, enquanto que nos pacientes com DOC o conteúdo

é sem sentido. No DAG também, os pacientes raramente desenvolvem rituais (Rasmussen & Eisen, 1992).

6.4 – *Depressão maior*

A depressão é a complicação mais frequente no DOC (Lo, 1967; Rosemberg, 1968; Goodwin et al, 1969). A distinção clínica entre pensamento obsessivo e ruminação depressiva pode ser difícil. Em pacientes com quadro depressivo grave é comum observar a ocorrência de ruminação obsessiva acerca de determinadas situações desagradáveis e sobre possíveis alternativas para contorná-las ou evitá-las. Porém, nesse caso, o distúrbio do humor é primário e falta a característica do pensamento ser considerado pelo paciente como irracional ou sem sentido como ocorre no DOC.

Outros aspectos que podem auxiliar no diagnóstico diferencial:

- Curso: DOC é geralmente crônico enquanto que a depressão frequentemente é fásica.
- Início: A depressão atinge a população adulta, sendo frequente a ocorrência após os 50 anos; ao contrário do DOC, que raramente se inicia após os 50 anos (seu início ocorre geralmente na infância ou adolescência).

6.5 – *Distúrbio de Controle de Impulso*

O DSM-III-R (APA, 1984) divide o Distúrbio de Controle de Impulso em 5 categorias:

- distúrbio explosivo intermitente,
- cleptomania;
- jogo patológico;
- piromania, e
- tricotilomania. (a maior parte destes quadros estão incluídos, por alguns autores como variantes do DOC).

A diferença entre o DOC e o distúrbio de controle de impulso é que nesse último o paciente sente prazer, satisfação ou excitação durante o ato. Nessa situação, o impulso é egossintônico, ao contrário do que ocorre no DOC.

6.6 – *Variantes do DOC*

Existem alguns distúrbios psiquiátricos que apresentam sintomas semelhantes ao DOC. Além disso, a história familiar e a resposta à tratamento fazem destes distúrbios um grupo relacionado ao DOC. Alguns autores (Hollander, 1982; Zohar & Pato, 1992) consideram esses distúrbios como possíveis "variantes" do DOC, um espectro do distúrbio. São distúrbios caracterizados por pensamentos ou preocupações obsessivas acerca da aparência corporal (Distúrbio Dismórfico do Corpo), peso corporal (Anorexia Nervosa) ou doença do corpo (Hipocondria); ou por comportamentos ritualísticos ou estereotipados tais como tics (síndrome de Gilles de la Tourette), Tricotilomania, Compulsões Sexuais, Jogo Patológico ou outros Distúrbios da Impulsividade. Se estes pacientes apresentam várias obsessões e compulsões, então o diagnóstico de DOC é apropriado.

A relação entre DOC, os quadros considerados como "Variantes do DOC" e serotonina permanece em aberto (Zohar & Pato, 1992). Na realidade, não existe ainda um consenso acerca de que estes distúrbios possam ser considerados como variantes do DOC.

7 – Comorbidade

O DOC pode estar associado a vários outros distúrbios, incluindo depressão, ansiedade, síndrome de Gilles de la Tourette, e personalidade compulsiva (ver diagnóstico diferencial). Os estudos de comorbidade podem ser divididos em dois grupos: o primeiro estuda a ocorrência de outros distúrbios psiquiátricos entre uma população de pacientes com DOC; e o segundo relaciona-se a presença de sintomas obsessivos em pacientes com outros distúrbios psiquiátricos. Iremos aqui abordar somente o primeiro grupo

Os distúrbios mais frequentemente encontrados em associação com o DOC são os distúrbios do humor e de ansiedade.

7.1 – *Distúrbio de Humor*

7.1.1 – *Depressão maior*

A associação entre o DOC e a depressão tem sido objeto de vários estudos (Pollitt 1956; Gittleson 1966; Coryell, 1981; Rasmussen & Tsuang, 1986). Rasmussen & Tsuang (1986) apresentaram um estudo onde 30% dos pacientes obsessivos preenchiem os critérios diagnósticos do DSM-III para depressão maior. Dados do ECA (1984), revelam uma elevada frequência de depressão maior entre os pacientes obsessivos. Dois terços apresentam história de depressão maior em algum período da vida, e 1/3 apresentavam depressão maior a época da 1ª. avaliação (Rasmussen & Eisen, 1992).

7.1.2 – Distúrbio de Humor Bipolar:

A coexistência entre DOC e o distúrbio de humor bipolar tem sido descrita de forma esparsa na literatura. Morel (1866) chamava a atenção para a periodicidade do DOC e sua relação com o humor. Lewis (1935) e Stengel (1945) também observaram a associação entre o DOC e o distúrbio de humor bipolar. E mais recentemente, Gordon e Rasmussen (1988) também descreveram a periodicidade do DOC. Estes autores apresentaram um caso clínico, onde o paciente preenchia os critérios diagnósticos do DSM-III-R para DOC e distúrbio de humor bipolar. Os sintomas obsessivos desaparecendo durante as fases de mania e reaparecendo durante os períodos de depressão. Baseados em evidências provenientes de estudos de neurobiologia e genética, sugerem a existência de uma covulnerabilidade para o desenvolvimento da depressão maior e dos distúrbios de ansiedade. E acrescentam que, a correlação entre humor e sintomas obsessivos mostrados nesse caso sugere que, a expressão fenotípica do DOC pode ser parcialmente dependente do humor; ou seja, o humor teria um papel modulador na expressão dos sintomas obsessivos.

7.2 – Distúrbios de Ansiedade

Estudos de comorbidade (Karno et al, 1984, Rasmussen & Tsuang, 1986, Austin et al, 1990) tem demonstrado a coexistência entre DOC e outros distúrbios de ansiedade (pânico com e sem agorafobia, fobia social e distúrbio de ansiedade generalizada) em um mesmo paciente. Resultados do ECA revelam uma elevada frequência de distúrbio do pânico (13,28%) e distúrbio fóbicos (46,5%) entre indivíduos com DOC (Karno et al, 1984).

7.3 – *Distúrbios Neurológicos*

A associação entre o DOC e quadros neurológicos já foi descrita na primeira metade do século (Jenike, 1983). A encefalite de Von Economo foi o primeiro relato da relação entre sintomas obsessivos e um quadro neurológico. Os pacientes que sobreviviam a encefalite, apresentavam com frequência sequelas, entre elas sintomas obsessivos (Jenike, 1983).

Schilder (1938) especulou se todos os quadros obsessivos teriam um distúrbio neurológico de base, foi o primeiro autor a sugerir uma etiologia orgânica para o DOC. Esse autor acreditava que 2/3 dos pacientes obsessivos apresentavam uma etiologia neurológica para o distúrbio (1/3 com sinais de organicidade e o outro terço com suspeita de base orgânica) e que em apenas 1/3 dos quadros deveria se pensar em fatores psicológicos isolados para a etiologia do quadro. Acreditava ainda que a maioria dos casos não eram secundários a encefalite epidêmica, mas eram devidos a "lesões na vida fetal, a traumatismo no nascimento ou a processos infecciosos ou tóxicos de natureza desconhecida".

Atualmente, sabe-se que a associação entre DOC e distúrbios neurológicos é frequente. Noventa por cento dos pacientes com DOC apresentam "sinais neurológicos leves" (Hollander, 1992). Além disso, a síndrome de Gilles de la Tourette (SGT), parkinsonismo pós encefalite, infarto do núcleo caudado, envenenamento por monóxido de carbono, coreia de Sydenham, doença de Huntington, intoxicação por manganês, anóxia e lesão do lobo frontal, são encontrados em maior ou menor escala associados com quadros obsessivos. Estes dados fazem pensar que o lobo frontal e os núcleos da base (em especial o núcleo caudado e o globo pálido) sejam

parte de um complexo circuito com importância significativa na mediação de sintomas obsessivos (Cummings & Cunningham, 1992).

Cummings & Cunningham (1992) fazem uma subdivisão relacionando local da lesão, distúrbio neurológico e manifestação do DOC:

1. Lesão do Núcleo Caudado:

- Parkinsonismo;
- Coreia de Sydenham;
- Envenenamento por monóxido de carbono;
- Hipóxia;
- Infarto do núcleo caudado bilateral;
- Síndrome de Gilles de la Tourette;
- Doença Huntington;
- Atrofia bilateral do caudado.

2. Lesão do Globo Pálido:

- Parkinsonismo;
- Anóxia com lesão bilaterais do pallidum;
- Envenenamento por monóxido de carbono;
- Intoxicação por manganês.

3. Lesão do Lobo Frontal:

- Tumores;
- Traumatismo crânio encefálico;
- Foco epiléptico.

8 – Etiologia

A etiologia do DOC permanece desconhecida. De possessão demoníaca à conflitos psíquicos até a hipótese serotoninérgica dos últimos 10 anos; as hipóteses etiológicas acerca do DOC tem seguido um percurso heterogêneo.

8.1 – Teoria Psicodinâmica

As primeiras teorias psicológicas acerca da origem do DOC surgiram com Freud e Janet no início deste século.

Para Freud, (1909) o DOC seria consequência de um conflito que mobilizaria e bloquearia a energia do indivíduo. Embora Freud tenha especulado sobre influências psicológicas no DOC, ele também escreveu:

"Quanto aos fatores que podem provocar tais distúrbios do desenvolvimento, o trabalho da psicanálise se encerra aí. Deixa o problema a cargo da pesquisa biológica".

Janet (1911) considerava a neurose obsessiva, descrita por Freud, como parte do quadro designado por ele de Psicastenia. Segundo Janet, a psicastenia seria originária de uma fadiga psíquica.

8.2 – Teoria do aprendizado

De acordo com a teoria da aprendizagem, as obsessões e compulsões são respostas condicionadas à ansiedade. Uma obsessão se estabelece quando a pessoa aprende que a ansiedade pode ser reduzida através desse

mecanismo. A teoria do aprendizado se baseia no pressuposto que o comportamento segue determinadas regras básicas. Isto é, o comportamento persiste porque é reforçado pelas suas consequências. Uma situação ou evento "certo" leva automaticamente a resposta "certa".

Então, comportamentos e emoções podem ser aprendidos e dessa mesma forma desaprendidos (Steketee & Tynes, 1992). A aprendizagem seria uma questão de conexões entre estímulos e respostas. Entendendo como resposta qualquer elemento do comportamento e como estímulo, qualquer "input" de energia com tendência a afetar o comportamento (Hill, 1977).

8.3 – *Hipótese biológica*

Ainda no século XIX, Magnan e Charcot acreditavam em uma etiologia orgânica para o DOC. Schilder (1938) também investigava uma base orgânica para o DOC (ver comorbidade com distúrbios neurológicos). Hoje, é a linha de pesquisa que mais tem se difundido.

Existem várias razões que fazem supor uma disfunção biológica no DOC:

- 1 – resposta seletiva a psicofármacos inibidores da recaptação de serotonina (Stern et al, 1980; Flament et al, 1987; Mavissakalian et al, 1990; Katz, De Veugh-Geiss, Landau, 1990).
- 2 – concordância entre gêmeos monozigóticos e a ocorrência de parentes em 1º grau afetados entre os familiares dos pacientes obsessivos (Marks et al, 1969; Rasmussen & Tsuang, 1984; Kim,

Dyskern e Kline, 1990; Lenane et al, 1990; Riddle et al, 1990; Black et al, 1992).

- 3 – associação com distúrbios neurológicos, como por exemplo, a síndrome de Gilles de la Tourette, coreia de Sydenham, epilepsia, lesão cerebral (e.g. hipóxia neonatal, intoxicação por monóxido de carbono, TCE), doença de Huntington e necrose bilateral do globo pálido (Jenike, 1984; Kettl & Marks, 1986; Swedo et al, 1989; Cummings & Cunningham, 1992).
- 4 – resposta a psicocirurgia; (Jenike, 1990).
- 5 – refratariedade ao tratamento psicoterápico - psicanalítico (Insel et al, 1983; Jenike, 1984).
- 6 – modelo em animais (Rapoport, Ryland et Kriete, 1990)
- 7 – disfunção dos gânglios basais (Rapoport, 1990).

A hipótese serotoninérgica

A hipótese do envolvimento do sistema neurotransmissor serotoninérgico na gênese do DOC tem encontrado suporte em alguns pontos (Murphy et al, 1989; Insel et al, 1990; Winslow & Insel, 1990);

- 1 – O efeito antiobsessivo secundário ao uso dos inibidores da recaptação de serotonina (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina).
- 2 – Piora dos sintomas obsessivos com a retirada da clomipramina e melhora dos sintomas após a sua reinstituição;

- 3 – Piora dos sintomas obsessivos após administração de um antagonista serotoninérgico (e.g. metergolina);
- 4 – Aumento da ansiedade, depressão e exacerbação dos sintomas obsessivos em pacientes não tratados após a administração de um agonista serotoninérgico m-Cpp (m-clorofenilpiperazina). Após tratamento com clomipramina esses efeitos não mais ocorrem, sugerindo uma alteração do sistema serotoninérgico.

Estes fatos tem sugerido uma relação entre efeitos antiobsessivos e alterações na função da serotonina. A natureza dessa alteração permanece desconhecida e poderia ocorrer em qualquer estágio: síntese, recaptção ou metabolismo.

Uma alteração exclusiva do sistema serotoninérgico é uma concepção etiológica extremamente simplista. Jenike e Colaboradores (1990) em um estudo duplo-cego com pacientes obsessivos não conseguiram comprovar a hipótese de que o sistema serotoninérgico é o único sistema neurotransmissor envolvido na fisiopatologia do DOC. Goodman e colaboradores (1990) propõem que algumas formas de DOC, como por exemplo, aquela associada à síndrome de Gilles de la Tourette possam apresentar também um envolvimento do sistema dopaminérgico, ao lado do sistema serotoninérgico.

– Disfunção dos gânglios basais

Existem evidências de que uma disfunção dos gânglios basais possa ser a base do DOC. As evidências que sustentam esta hipótese são (Rapoport, 1990):

1 – associação do DOC com patologias relacionadas previamente à disfunção dos gânglios basais: a síndrome de Gilles de la Tourette, a coreia de Sydenham, parkinsonismo pós encefalite (Frankel et al, 1986; Pauls et al, 1986; Pitman et al, 1987; Swedo et al, 1989; Cummings & Cunningham 1992; Leonard et al, 1992).

2 – estudos de imagem cerebral: Baxter e colaboradores (1992) através de estudos com PET tem relacionado certas áreas do cérebro com a gênese do DOC (striatum e o córtex pré-frontal). Três estudos com tomografia computadorizada (Insel, 1992) encontraram uma atrofia ao nível da cabeça do núcleo caudado em pacientes obsessivos. Outros estudos (Baxter et al, 1992) tem mostrado um aumento do metabolismo no núcleo caudado, giro do cíngulo e córtex frontal orbital lateral (Rapport, 1990; Insel, 1992). Porém, estudos com ressonância magnética não revelaram alterações ao nível do núcleo caudado. (Insel, 1992).

Os estudos de neuroimagem devem ser vistos com cautela devido ao risco de resultados falsos negativos (e.g. no caso de amostras pequenas) ou falsos positivos. Além disso, as áreas de hiper metabolismo podem somente estar compensando a atividade diminuída de outras regiões e que não são detectadas ao SCAN.

3 – resposta a psicocirurgia: o DOC é um dos poucos distúrbios em que ainda se pensa em neurocirurgia como recurso terapêutico.

As hipóteses serotoninérgica e a da disfunção dos gânglios basais se interrelacionam (os gânglios basais são ricos em serotonina); isso não quer dizer que sejam excluídos outros sistemas neurotransmissores e áreas cerebrais da gênese do DOC.

9 – Tratamento

Nas duas últimas décadas, vários estudos, têm demonstrado a eficácia de algumas modalidades de tratamento para o DOC. Entretanto, somente na última década foi que, começou-se a se pensar em um melhor prognóstico para esses pacientes.

As duas melhores opções terapêuticas disponíveis atualmente são os inibidores de recaptação de serotonina e a terapia comportamental.

9.1 – Inibidores da recaptação de serotonina

9.1.1 – Clomipramina

Antidepressivo tricíclico que atua como um potente bloqueador da recaptação da serotonina. Entretanto, seu metabólito a desmetilclomipramina é um potente bloqueador tanto da noradrenalina quanto da serotonina.

Os primeiros estudos utilizando a clomipramina no tratamento do DOC surgiram em 1967. Na década de 1980 começavam a surgir estudos com maior rigor metodológico numa tentativa de objetivar a eficácia deste agente no tratamento do DOC. A clomipramina foi considerada mais eficaz que o placebo e que outros tricíclicos (Desipramina, Imipramina). Um grande número de estudos (Stern et al, 1980; Flamment et al, 1987, Katz et al, 1990; Mavissakalian, 1990) concluíram ainda que os efeitos antiobsessivos da clomipramina são independentes do seu efeito antidepressivo.

Entre a dose inicial e o início do surgimento de uma melhora significativa podem decorrer entre 6 e 10 semanas; portanto, o paciente

necessitará de um grande encorajamento para permanecer em tratamento; principalmente naqueles casos em que ocorre um piora da sintomatologia no início do tratamento. É recomendado a continuidade do tratamento por 12 semanas antes de se considerar o paciente como não respondedor. Os primeiros sinais de melhora são uma diminuição na intensidade dos sintomas ou um aumento na capacidade de resistir a estes (Zohar & Pato, 1992).

Entretanto, os efeitos antiobsessivos desaparecem com a retirada da clomipramina. Pato e colaboradores (1988) observaram recidiva dos sintomas após a descontinuação do tratamento.

A recomendação atual para os pacientes que pensam na suspensão da medicação, é que esta deve ser lenta e gradual e sempre se considerando a hipótese da manutenção com terapia comportamental (Zohar & Pato, 1992).

9.1.2 – *Inibidores seletivos da recaptação de Serotonina*

A resposta aos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) – fluoxetina, fluvoxamina, sertralina e paroxetina que possuem pequena ou nenhuma afinidade por outros receptores, tem encorajado a se pensar cada vez mais em uma neurotransmissão serotoninérgica anormal no DOC.

Pigott e colaboradores (1990), comparando a fluoxetina à clomipramina, obtiveram os seguintes resultados:

- ambos são efetivos na redução dos sintomas obsessivos;
- não existem diferenças marcantes de eficácia entre as drogas;
- alguns pacientes respondem preferencialmente à clomipramina, enquanto outros à fluoxetina;

- no uso da clomipramina, os efeitos colaterais são mais pronunciados;

Jenike e colaboradores (1990) revisaram estudos duplo – cego e aberto acerca do uso de IRS no DOC. Encontraram uma eficácia ligeiramente superior da clomipramina porém com efeitos colaterais mais pronunciados que os ISRS.

O aumento progressivo e a redução gradual é a norma com todos os IRS. A manutenção deve durar cerca de um ano antes de se pensar na interrupção do tratamento (Rasmussen, Eisen, Pato, 1993).

Quarenta a 60% dos pacientes são não respondedores (Goodman et al, 1993). E mesmo entre os "respondedores" a resposta não é total, poucos pacientes tornando-se assintomáticos.

As razões para não resposta são (Goodman et al, 1993):

- tratamento inadequado (e.g. dose baixa, curta duração);
- diagnóstico incorreto;
- não aderência (efeitos colaterais dos IRS e a ansiedade e desconforto no caso da terapia comportamental);
- heterogeneidade biológica de base;
- comorbidade (distúrbio de personalidade);
- sinais neurológicos leves.

Nos casos resistentes ao tratamento usual, deve-se aguardar entre 8 a 12 semanas para se pensar em refratariedade, então, deve-se mudar o IRS ou combinar outro tratamento (Goodman et al, 1992).

9.1.3 – *Outros psicofármacos utilizados no tratamento do DOC*

Existem algumas drogas que podem ser utilizadas na tentativa de aumentar a resposta (e.g. triptofano, fenfluramina, lítio, buspirona, clonazepam, trazodona) porém estas combinações merecem estudos com maior rigor metodológico para se comprovar a sua real eficácia.

O haloperidol e os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO) são utilizados em casos específicos, com boa resposta.

Haloperidol – deve-se pensar na sua utilização naqueles pacientes refratários aos IRS isoladamente, que apresentam história de TICS múltiplos, personalidade esquizotípica ou naqueles casos de DOC com características psicóticas (Goodman et al, 1993).

– IMAO – são uma opção terapêutica diante da não-resposta aos IRS ou se houver um quadro associado de ansiedade grave ou distúrbio do pânico (Jenike, 1990).

As abordagens biológicas não farmacológicas que merecem comentários são a eletroconvulsoterapia (ECT) e a psicocirurgia. Em geral, o ECT não tem indicação no DOC, exceto naqueles casos em que o paciente apresenta um quadro depressivo associado com risco de suicídio. Já a psicocirurgia, tem demonstrado ser eficaz em alguns pacientes; porém, é uma opção terapêutica que deve ser considerada somente para as formas incapacitantes do DOC e que não respondem a tratamentos mais convencionais. Apesar dos avanços na neurocirurgia, os efeitos colaterais ainda são relevantes. Dentre eles, os mais frequentes são as alterações de

comportamento e as crises convulsivas (em torno de 1% dos pacientes) (Perse, 1988; Goodman et al, 1992).

Até meados da década de 80, a literatura psiquiátrica era escassa em publicações acerca do distúrbio obsessivo-compulsivo. A partir dessa época, o interesse pelo DOC aumentou consideravelmente.

Apesar do interesse crescente, das inúmeras publicações com resultados de pesquisa e das evidências que apontam para uma frequência do distúrbio maior do que se supunha anteriormente, o DOC permanece sendo um enigma difícil de ser decifrado (e que vem "devorando" a vida produtiva dos afligidos por este distúrbio), visto com pouca frequência na rotina da clínica diária, apesar das evidências que apontam o DOC como um distúrbio comum.

Entender o paciente com DOC permanece um desafio: quais os pressupostos que fazem com que o paciente com DOC relacione as coisas da forma como ele faz? Porque todas as pessoas não agem assim? Este é o enigma a se decifrar. O pensamento mágico é uma característica comum aos povos primitivos, à pessoas das mais diversas culturas e ao paciente obsessivo. Porém o paciente obsessivo vive atrelado a pensamentos e rituais torturantes que tornam sua vida um suplício. Qual é a linha divisória, entre o estar normal e o adoecer com DOC?

Observamos que a maior parte dos estudos acerca das características clínicas do DOC foram feitos incluindo pacientes internados e em um época em que não havia critérios para uma padronização do diagnóstico. Especificamente na literatura psiquiátrica brasileira existe uma escassez de

publicações acerca do DOC, e em especial acerca do perfil demográfico e clínico desses pacientes.

Por isso, procuramos contribuir para a compreensão e uma melhor caracterização dos pacientes em nosso meio, correlacionando os dados apresentados nesse trabalho com a literatura disponível.

Segunda Parte

Estudo do perfil de 50 pacientes com DOC através dos seus prontuários

"... os fragmentos de conhecimento oferecidos nestas paginas, embora tenham sido reunidos com suficiente laboriosidade, não podem, em si, dar provas de satisfazerem a contento; podem, contudo, servir de ponto de partida para o trabalho de outros investigadores, e um esforço comum poderá trazer o êxito que talvez esteja além do alcance do esforço individual..."

(Freud, 1909)

Objetivo

Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de um grupo de 50 pacientes em nosso meio com DOC, em termos de:

- estado civil;
- escolaridade;
- idade de início da doença;
- ordem de nascimento;
- época do primeiro tratamento;
- prejuízo do funcionamento secundário ao DOC;
- conteúdo das obsessões e tipo das compulsões;
- ocorrência de tentativa de suicídio;
- história psiquiátrica entre os parentes em primeiro grau;

Pacientes e Método

Este estudo foi feito através do exame de 50 prontuários de pacientes atendidos em um consultório particular em Campinas-SP, no período de 1989 a 1992. Foram utilizados no estudo os dados dos pacientes que receberam o diagnóstico de DOC segundo os critérios diagnósticos do DSM-III-R. Nenhum desses pacientes possuía história de internação psiquiátrica.

O exame dos prontuários mostram que os sintomas à época da primeira entrevista, na maioria dos casos, estavam muito bem descritos. Entretanto, algumas informações acerca da história prévia, familiar e resposta ao tratamento, em alguns casos, era escassa. Procuramos preencher essas lacunas através de contato por telefone, carta e quando possível os pacientes foram entrevistados pessoalmente pela autora.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1 – um questionário projetado por nós, para ser preenchido com as informações obtidas através dos prontuários, o qual consta de 15 perguntas que englobam questões acerca das características clínicas dos pacientes obsessivos (Anexo 1).
- 2 – O checklist Yale-Brown (Anexo 2). Esse checklist foi utilizado com a permissão de seu autor Dr. W. Goodman. Utilizamos a versão portuguesa realizada no hospital Santa Maria em Lisboa.

Desejamos ressaltar que a opção pelo estudo através de prontuários foi feita por sabermos das dificuldades em se obter 50 pacientes com DOC para entrevista direta. A entrevista direta com esses pacientes era inviável, pelo fato deles residirem em diversas regiões do país. Entretanto, sempre que possível, entrevistamos os pacientes pessoalmente.

Resultados

Com relação ao sexo, 42% dos pacientes eram do sexo masculino e 58% do sexo feminino (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes segundo o sexo

SEXO	N	%
Masculino	21	42,0
Feminino	29	58,0
Total	50	100,0

Em termos do estado civil, dos 21 homens, 15(71,4%) eram solteiros e 2(9,5%) eram separados; entre as mulheres esses valores 12 (41,4%) e 2(6,9%) respectivamente. Do total, 27(54,0%) pacientes eram solteiros e 41(8,0%) separados à época da entrevista.

TABELA 2 – Estado Civil dos Pacientes

Estado Civil	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Casado	4 (19,0)	14 (48,3)	18 (36,0)
Solteiro	15 (71,4)	12 (41,4)	27 (54,0)
Separado*	2 (9,5)	2 (6,9)	4 (8,0)
Viúvo	0	1 (3,4)	1 (2,0)
Total	21 (100,0)	29 (100,0)	50 (100,0)

* Inclue desquitados ou divorciados

Acerca da escolaridade, a maior parte dos pacientes possuíam 2º grau ou nível universitário. (Tabela 3)

TABELA 3 – Nível de Escolaridade

Escolaridade	Total
Analfabeto	0
1º grau incompleto	7 (14,0)
1º grau completo	2 (4,0)
2º grau incompleto	4 (8,0)
2º grau completo	14 (28,0)
Superior incompleto	11 (22,0)
Superior completo	12 (24,0)
Total	50 (100,0)

Em termos de ordem de nascimento, 40% dos pacientes eram primogênitos, 42% intermediários e 18% último filho (Tabela 4).

TABELA 4 – Ordem de nascimento

Ordem de Nascimento	Masculino	Feminino	Total
Primeiro filho	9 (42,9)	11 (37,9)	20 (40,0)
Intermediário	7 (33,3)	14 (48,3)	21 (42,0)
Último filho	5 (23,8)	4 (13,8)	9 (18,0)
Filho único	0	0	0
Total	21 (100,0)	29 (100,0)	50 (100,0)

Idade de início da doença e época do primeiro tratamento

A idade média do início dos sintomas foi de 15,8 ($\pm 7,4$) anos. Entre os homens foi de 13,2 ($\pm 4,1$) anos e entre as mulheres, 17,6 ($\pm 8,6$) anos. O tempo médio de doença foi 10,2 ($\pm 10,3$) anos.

Podemos verificar que 23 pacientes (46%) começaram a apresentar sintomas obsessivos na faixa etária entre 10 e 20 anos. Desses 15(71,4%) eram do sexo masculino e 8(27,6%) do feminino. Cinquenta e cinco por cento das mulheres iniciaram com os sintomas entre os 20 e 30 anos. Somente 2(4,0%) iniciaram os sintomas após os 30 anos (Tabela 5, gráfico 1).

Apenas 10 (20,8%) procuraram tratamento no 1º ano após o início dos sintomas. Apesar da maioria (47,9%) ter procurado tratamento entre 2º e o 10º ano, muitos pacientes com sintomas obsessivos graves o fizeram pela primeira vez após 20 anos (Tabela 6). Entre os 50 pacientes, 2 não souberam informar acerca da época do 1º tratamento.

A idade média à época do primeiro tratamento foi de 25,8 ($\pm 12,8$) anos. Entre os homens, foi de 22,5 ($\pm 8,8$) anos e entre as mulheres, 28,3 ($\pm 14,8$) anos. ($P = 0,16$) (Tabela 6)

TABELA 5 – Idade de início dos sintomas segundo o sexo

Idade de Início	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
< 10 anos	6 (28,6)	3 (10,3)	9 (18,0)
10 até os 20 anos	15 (71,4)	8 (27,6)	23 (46,0)
21 até os 30 anos	0	16 (55,2)	16 (32,0)
31 até os 40 anos	0	2 (6,9)	2 (4,0)
> 40 anos	0	0	0
Total	21 (100,0)	29 (100,0)	50 (100,0)

IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS EM RELAÇÃO AO SEXO

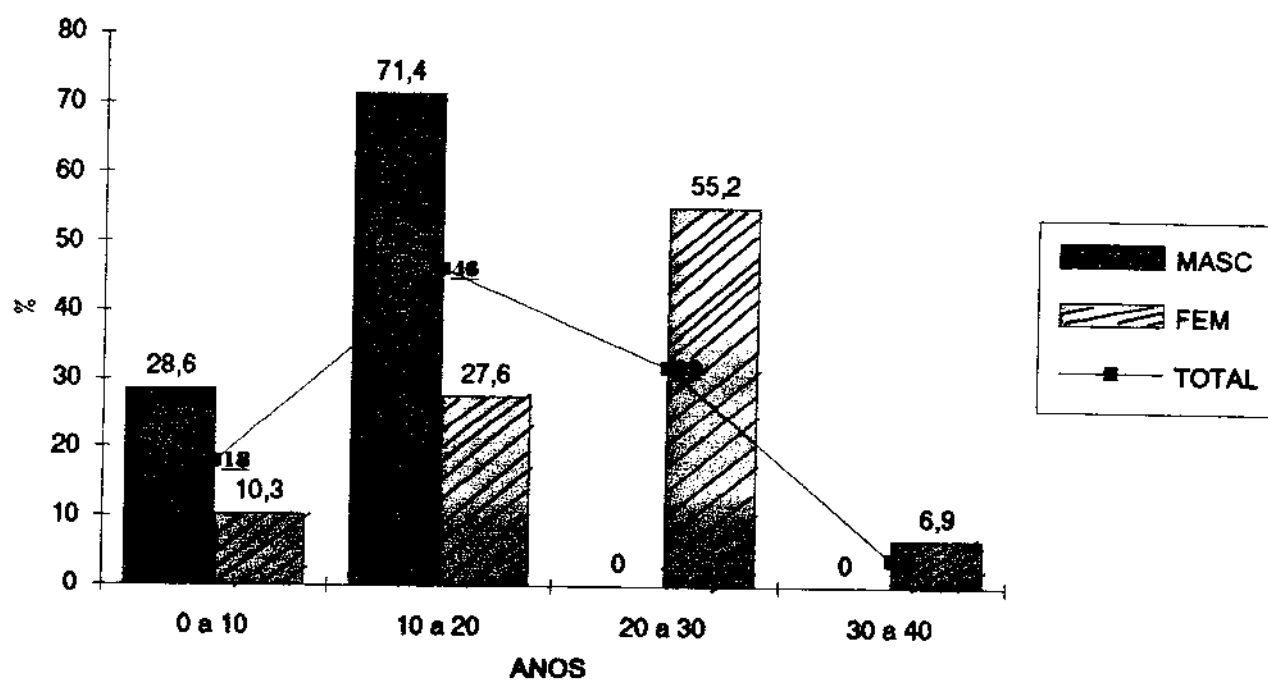


TABELA 6 – Época do primeiro tratamento
após o surgimento dos sintomas

Época do tratamento	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Primeiro ano	4 (20,0)	6 (21,4)	10 (20,8)
2 a 5 anos	3 (15,0)	9 (32,1)	12 (25,0)
6 a 10 anos	7 (35,0)	4 (14,3)	11 (22,9)
11 a 15 anos	2 (10,0)	2 (7,1)	3 (6,3)
16 a 20 anos	1 (5,0)	2 (7,1)	4 (8,3)
> 20	3 (15,0)	5 (17,9)	8 (16,7)
Total	20 (100,0)	28 (100,0)	48 (100,0)

Comprometimento do funcionamento secundário ao DOC

Foi perguntado aos pacientes se o DOC foi responsável pela interrupção do trabalho, do estudo ou das atividades em geral em qualquer período da evolução de sua doença. Vinte e um (42,0%) pacientes haviam interrompido suas atividades em algum período durante a evolução do DOC (Tabela 7).

Com relação aos pacientes com atividades extra-domiciliares (38), 7 (18,4%) estiveram ausentes dessas atividades durante todo o ano. Cinco (13,2%) ausentaram-se por alguns meses (Tabela 8).

Os pacientes que não interromperam suas atividades, apresentaram prejuízo no funcionamento tais como dificuldades no trabalho ou nos estudos, diminuição do rendimento; dificuldade no relacionamento pessoal.

TABELA 7 – Interrupção do trabalho, do estudo ou das atividades motivada pelo DOC, em qualquer período da doença

Interrupção	Masculino	Feminino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
SIM	14 (66,7)	7 (24,1)	21 (42,0)
NÃO	7 (33,3)	22 (75,9)	29 (58,0)
TOTAL	21 (100,0)	29 (100,0)	50 (100,0)

TABELA 8 – Meses de ausência das atividades
extra-domiciliares no último ano devido ao DOC

Meses de ausência	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Nenhum mês	13 (61,9)	13 (76,5)	26 (68,4)
Alguns meses	3 (14,3)	2 (11,8)	5 (13,2)
Todos os meses	5 (23,8)	2 (11,8)	7 (18,4)
TOTAL	21 (100,0)	*17 (100,0)	38 (100,0)

* foram excluídas as donas de casa

Conteúdo das obsessões e tipos de compulsões

A obsessão mais comum, encontrada em 28 (56%) pacientes, foi a de contaminação, 11 (52,4%) homens e 17 (58,6%) mulheres. Trinta e um (62,0%) pacientes apresentavam rituais de limpeza. Entre os 28 pacientes que apresentavam obsessões de contaminação, 27 (96,4%) também apresentavam rituais de limpeza. Em segundo lugar, temos as obsessões de agressão, que ocorreram em 15 (30,0%) pacientes (Tabela 9). Entre esses pacientes, 9 (60,0%) apresentavam rituais de verificação/checagem.

Seis (28,6%) homens apresentavam obsessões sexuais. Não foi encontrada obsessões sexuais entre o sexo feminino. Quatro (13,8%) mulheres e 1 (4,8%) homem apresentavam escrupulosidade. Três (6,0%) pacientes apresentavam pensamentos obsessivos que envolviam necessidade de simetria e/ou exatidão, 1 (4,8%) homem e 2 (6,9%) mulheres (Tabela 9).

As compulsões mais comuns envolviam limpeza e verificação. Trinta e um (62,0%) pacientes apresentavam rituais de limpeza e 26 (52%) pacientes apresentavam rituais de verificação (Tabela 10). Vinte e nove (58,0%) pacientes tinham história de mais de uma compulsão. Dezesesseis (32%) pacientes apresentavam relatos de mais de um tipo de obsessão durante o curso da doença, concomitantemente ou não (Tabela 11). Não encontramos casos de obsessão ou compulsões puras.

As obsessões mais frequentemente encontradas em um mesmo paciente foram as de agressão e contaminação (12%), com relação as compulsões, limpeza e verificação (36%).

TABELA 9 – Conteúdo das obsessões em ordem de frequência e por sexo

Conteúdo	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Contaminação	11 (52,4)	17 (58,6)	28 (56,0)
Agressão	5 (23,8)	10 (34,5)	15 (30,0)
Sexual	6 (28,6)	0	6 (12,0)
Religiosa (escrupulosidade)	1 (4,8)	4 (13,8)	5 (10,0)
Necessidade de Simetria/Exatidão	1 (4,8)	2 (6,9)	3 (6,0)
Somáticas	0	0	0
Acumulação	0	0	0
Diversas	8 (38,1)	8 (27,6)	16 (32,0)
TOTAL	32 (100,0)	41 (100,0)	73 (100,0)

TABELA 10 – Tipos de compulsões em ordem
de frequência e por sexo

Tipo	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Total N (%)
Limpeza	13 (61,9)	18 (62,1)	31 (62,0)
Verificação	13 (61,9)	13 (44,8)	26 (52,0)
Repetição	5 (23,8)	8 (27,6)	13 (26,0)
Contagem	1 (4,8)	5 (17,2)	6 (12,0)
Acumulação	0	3 (10,3)	3 (6,0)
Ordenação	0	0	0
Diversas	7 (33,3)	5 (17,2)	12 (24,0)
TOTAL	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)

Ocorrência de tentativa e suicídio entre os pacientes e parentes de primeiro grau

Em nossa amostra apenas 1 (2%) paciente tinha história de tentativa de suicídio. Já entre 240 parentes em primeiro grau, 3 (1%) cometeram suicídio.

Ocorrência de distúrbios psiquiátricos entre parentes em primeiro grau

Quanto a presença de distúrbio psiquiátrico, verificamos que 22(44%) pacientes informavam a ocorrência de distúrbio psiquiátrico em pelo menos 1 dos seus parentes em primeiro grau (Tabela 11). Entre 35 parentes com história psiquiátrica, 12 (34,3%) preenchiam critérios diagnósticos para DOC, e 5 (14,3%) pareciam apresentar traços de personalidade do tipo obsessivo-compulsivo (Tabela 12).

TABELA 11 – Distúrbio psiquiátrico em pelo menos um parente em 1º grau

Presença de distúrbio psiquiátrico	N (%)
SIM	22 (44,0)
NÃO	28 (56,0)
TOTAL	50 (100,0)

TABELA 12 – Distribuição distúrbios psiquiátricos
entre 35 parentes de 1º grau

Distúrbio Psiquiátrico	N (%)
DOC	12 (34,4)
DPOC	5 (14,3)
Alcoolismo	5 (14,3)
Distúrbio do Pânico	3 (8,6)
Distúrbio Humor Bipolar	2 (5,7)
Esquizofrenia	1 (2,9)
Dist. Depressivo	0
Não Especificado	7 (20,0)
TOTAL	35 (100,0)

Resposta ao Tratamento Farmacoterápico

A averiguação da resposta ao tratamento não faz parte do objetivo desse estudo, entretanto, como possuíamos alguns dados referentes a esse tópico decidimos apresentá-los.

Dos 50 pacientes da amostra, 3 não fizeram uso de tratamento psicofarmacoterápico por decisão pessoal. Entre os 47 restantes 93,6% fizeram uso de inibidores da recaptação de serotonina e três (6,4%) pacientes usaram IMAO. A maior parte dos pacientes (55,3%) recebeu clomipramina isoladamente (Tabela 13). As doses variavam entre 50 a 300mg (dose média $119 \pm 68,7$), em um período que variou entre 1 a 60 meses (tempo médio $9,3 \pm 13,1$). A melhora obtida variou entre 0 a 100% (média $49,6 \pm 39,2$). Cinco pacientes usaram fluoxetina isoladamente, as doses variaram entre 20 a 40mg, (média $36 \pm 8,94$), durante um período que variou entre 1 a 16 meses (média de $6,8 \pm 6,8$). A melhora obtida variou entre 0 a 100% (média $30 \pm 44,7$).

A associação clomipramina e fluoxetina foi utilizada em 7 pacientes (Tabela 13). As doses de clomipramina variaram entre 75 a 225mg (média $142,9 \pm 64,1$), e entre 20 a 40mg de fluoxetina, (média $31,4 \pm 10,7$), durante um período que variou entre 3 a 17 meses (média $11,6 \pm 4,2$). A melhora obtida variou entre 30 a 95% (média $65\% \pm 21,0$). Quatro pacientes iniciaram o tratamento com clomipramina isoladamente e depois foi associado a fluoxetina (Tabela 13). As doses de clomipramina utilizadas variaram entre 100 a 225mg (média $156,2 \pm 51,5$) e a melhora obtida variou de 0 a 60% (média $27,5 \pm 32,0$) durante um período que variou de 3 a 6 meses (média $4,0 \pm 1,4$). Quando foi feita a associação, a dose média de

clomipramina diminuiu para $112,5 (\pm 43,3)$ e a dose de fluoxetina variou entre 20 a 40mg, (média $30 \pm 11,5$) durante um período que variou de 2 a 14 meses (média $6,8 \pm 5,1$). Os pacientes obtiveram uma melhora entre 10 a 80% (média $46,7\% \pm 35,1$). Somente dois pacientes iniciaram o tratamento com fluoxetina e a seguir associaram clomipramina (Tabela 13). A dose média de fluoxetina foi de 40mg, por um período de 30 dias. Não obtendo melhora, foi utilizado uma dose de fluoxetina variando entre 20 a 40mg (média $30 \pm 14,1$) associado a clomipramina variando entre 150 a 225mg, (média $187,5 \pm 53$). Os pacientes obtiveram uma melhora entre 0 a 80% na utilização desta associação (média $40 \pm 56,6$). Essa associação foi utilizada em um período que variou de 1 a 7 meses (média $4 \pm 4,2$). É importante salientar que foram incluídos pacientes que não deram continuidade ao tratamento.

Cinco pacientes (10,6%) relataram uma melhora subjetiva que variou entre 80 a 100% com o tratamento. Dezesseis (34,0%) pacientes relataram uma melhora menor ou igual a 20% (Tabela 14).

Existem várias lacunas nos resultados acerca da resposta ao tratamento (e.g., tempo de latência, relação entre cronicidade e tempo de resposta terapêutica, melhora ao longo do tempo) porém como já dissemos anteriormente esse item não fazia parte do objetivo desse estudo.

TABELA 13 – Tratamento farmacológico recebido
pelos pacientes obsessivos

MEDICAÇÃO	N	%
Clomipramina	26	55,3
Fluoxetina	5	10,6
Clomipramina + Fluoxetina	7	14,9
1º Clomipramina -		
2º Clomipramina + Fluoxetina	4	8,5
1º Fluoxetina		
2º Fluoxetina + Clomipramina	2	4,3
Outra medicação (IMAO)	3	6,4
TOTAL	47	100

TABELA 14 – Melhora obtida

GRAU DE MELHORA	N	%
0 a 20%	16	34,0
21 a 40%	2	4,3
41 a 60%	8	17,0
61 a 80%	16	34,0
81 a 100%	5	10,6
TOTAL	47	100

Discussão

Apresentamos as características demográficas e clínicas de 50 pacientes DOC atendidos em um consultório psiquiátrico privado de Campinas-S.P (Foram incluídos todos os pacientes atendidos entre 1989 a 1992 que preenchiam os critérios diagnósticos para DOC do DSM-III-R). Na literatura, são poucos os estudos que caracterizam pacientes obsessivos adultos e esse número torna-se mais limitado quando nos referimos a pacientes com diagnóstico de DOC pelo DSM-III-R. Em nosso meio, constitui-se no primeiro estudo visando levantar as características demográficas e clínicas de um grupo de pacientes obsessivos através do levantamento de prontuários. Os pacientes foram estudados retrospectivamente. A maioria vinha sendo acompanhada por um longo período. Sendo assim, a possibilidade do diagnóstico ter sido influenciado pelo propósito desse estudo fica excluída.

Em nossa amostra, a percentagem de mulheres foi de 58%. Esta taxa é concordante com estudos mais recentes (Coryell, 1981; Rasmussen & Tsuang, 1984, 1986; Karno et al, 1988; Hafner & Miller, 1990) que mostram uma predisposição um pouco maior das mulheres para desenvolver o DOC. Pollitt (1957) e Kringlen (1965), também observaram este fato. Torres & Smaira (1993) apresentaram um estudo de 45 casos em que a preponderância do sexo feminino, também, foi observada.

Quanto ao estado civil, encontramos uma taxa de 54,0% de solteiros. De acordo, portanto, com autores como Lo (1967), Ingram (1961) e Coryell (1981) que encontraram taxas variando entre 40 a 70% de celibatários entre os pacientes obsessivos. Existem vários relatos acerca da maior dificuldade

em se casar e/ou fracasso no casamento do obsessivo em relação a população geral (Lo, 1967, Goodwin et al, 1969; Rasmussen & Tsuang, 1984; Karno et al, 1988) Isso ocorreria provavelmente devido à incapacitação social secundária aos sintomas e as características de personalidade do paciente (Rasmussen & Tsuang, 1984). Os dados do nosso estudo parecem refletir essa maior dificuldade do obsessivo: encontramos 54,0% de solteiros e 8% de separados em nossa amostra.

É importante ressaltar que não sabemos até que ponto a dificuldade em se casar é um fato específico do DOC. Lo (1987) ao comparar esse fato com um grupo de esquizofrênicos não encontrou diferenças significativas. Da mesma forma, Coryell (1981) ao comparar a taxa encontrada entre um grupo de pacientes obsessivos, com aquela encontrada entre um grupo de pacientes com Depressão Primária Unipolar, não encontrou diferença significativa entre os dois grupos.

Em relação a escolaridade, 74% dos pacientes possuíam nível secundário ou universitário. Lo (1967) em um estudo de seguimento de 88 pacientes obsessivos, encontrou uma taxa de 25% com nível secundário ou universitário. Sua amostra incluía neuróticos obsessivos que procuraram tratamento psiquiátrico nas clínicas e hospitais do serviço de saúde mental de Hong Kong. A nossa amostra foi composta por pacientes de um consultório privado. Desde Kraepelin, vários autores (Lewis, 1935; Kringlen, 1965; Lo, 1967; Coryell, 1981) tem observado que os obsessivos tendem a possuir inteligência elevada.

A elevada inteligência do paciente obsessivo é um tema controverso. Lo (1967) comparou um grupo de pacientes obsessivos com um grupo de

esquizofrênicos, Ingram (1961) com outros neuróticos e Coryell (1981) com um grupo de pacientes com depressão primária unipolar. Todos encontraram um maior nível de inteligência entre os obsessivos. Já Kringlen (1965) chama a atenção para a aparente maior inteligência dos obsessivos em relação ao grupo controle, mas não encontrou uma diferença estatisticamente significativa. Rasmussen e Tsuang (1984) analisando uma série de estudos acerca da inteligência do obsessivo, concluíram que a idéia de que esses pacientes possuem uma inteligência elevada é baseada, na maior parte dos casos em impressões clínicas, sem o respaldo de testes psicométricos.

Apesar do nível educacional poder ser considerado um bom indicador de inteligência para alguns autores (Kringlen, 1965), é importante ressaltar que em nosso estudo o elevado nível educacional pode ser devido a origem da maior parte da nossa amostra e não somente um indicador de nível de inteligência.

Com relação a ordem de nascimento e DOC, em nossa amostra encontramos 40% de primeiros filhos. Autores como Coryell (1981) e Rasmussen e Tsuang (1986) encontraram, respectivamente, 41% e 44% de primeiros filhos entre seus pacientes. Com relação a filhos únicos, em nossa amostra não encontramos pacientes nessa categoria. Kayton e Borge (1967), baseados na teoria psicanalítica aventaram a hipótese de que haveria uma maior ocorrência de primeiro filho ou filho único entre a população de pacientes obsessivos. Partiram do pressuposto, de que no caso do primeiro filho e do filho único poderia ocorrer um desenvolvimento mais precoce do ego. Em seu estudo, encontraram uma proporção elevada de filhos únicos e

primeiros filhos entre os pacientes obsessivos, porém somente entre os de sexo masculino. Os seguintes fatores foram apontados pelos autores (Kayton e Borge, 1967) como possíveis responsáveis pela maior frequência de DOC entre os primeiros filhos:

- período maior de contato com adultos;
- maior expectativa de sucesso para a criança;
- pais inexperientes;
- ansiedade e rigidez parental.

Snowdon (1979) confirmou os achados de Kayton e Borge. A relação entre ordem de nascimento e DOC ocorreu, e também somente no sexo masculino.

Uma outra teoria acerca da relação entre ordem de nascimento e DOC foi levantada por Capstick e Seldrup (1977). Esses autores acreditavam que o primeiro filho estaria mais sujeito a traumatismos ao nascimento e que este estaria relacionado a uma maior ocorrência de DOC. Entretanto, os resultados que atestam uma relação apenas entre os filhos do sexo masculino contradizem essa teoria.

Estudos mais recentes (Coryell, 1981; Khanna & Channabasavanna, 1987; Pollard et al, 1990) contrariam esses achados prévios acerca da relação entre ordem de nascimento e DOC. Coryell (1981) encontrou um elevado número de primeiros filhos em sua amostra de pacientes obsessivos. Porém, esse número não foi estatisticamente diferente quando comparado com um grupo de pacientes com depressão primária unipolar. Também,

Khanna e Channabasavanna (1987) e Pollard e colaboradores (1990), não encontraram relação entre ordem de nascimento e DOC.

Os estudos de ordem de nascimento têm sido utilizados para determinar a importância relativa do ambiente e dos fatores constitucionais na etiologia de um determinado distúrbio. A predominância de DOC em primeiros filhos aponta para a existência de fatores ambientais. Para Pollard e colaboradores (1990), vários fatores podem estar relacionados aos achados conflitantes acerca da relação entre ordem de nascimento e DOC. Entre eles: a utilização de amostras diferentes e o emprego de critérios diagnósticos diversos (os estudos que utilizaram os critérios do DSM-III apresentam resultados concordantes). Chamam a atenção ainda, para as possíveis diferenças de tratamento recebidos por meninos e meninas durante a infância ao longo do tempo (relacionado a mudança da atitude paterna), e as percentagens de homens obsessivos filho único ou primeiro filho que foram decrescendo ao longo dos anos. Isto poderia estar relacionado à mudanças das normas na sociedade, refletindo atitudes mais igualitárias em relação à meninos e meninas.

Em relação à idade de início da doença, 64% dos 50 pacientes apresentaram os primeiros sintomas do DOC até os 20 anos. De acordo, portanto, com estudos prévios (Pollitt, 1957; Kringlen, 1965; Coryell, 1981; Karno et al, 1984; Rasmussen & Tsuang, 1986; Torres & Smaira, 1993) que mostram que a maior parte dos pacientes desenvolve a doença durante a adolescência ou no início dos 20 anos. Entre os pacientes da nossa amostra, a idade média de início dos sintomas foi de 15,8 ($\pm$ 7,4) anos. Entre os homens o início da doença é, marcadamente, mais precoce. Esse dado,

também, encontra respaldo na literatura (Rasmussen & Tsuang, 1986; Torres & Smaira, 1993).

Em termos da idade de procura por tratamento pela primeira vez, a média foi de 26 anos, traduzindo um intervalo médio de 10,2 anos entre o início dos sintomas e a procura por tratamento. Autores como Pollitt (1957) e Rasmussen e Tsuang (1986) citam um período em torno de 7,5 anos entre o início dos sintomas e a época do primeiro tratamento. Concordamos com Rasmussen e Tsuang (1986) que os pacientes obsessivos procuram ajuda geralmente quando os sintomas estão comprometendo nitidamente o seu funcionamento. Esta também, deve ser uma das causas para a subestimativa do distúrbio. Parece que, em nosso meio, mesmo com uma amostra de consultório particular, existe uma maior latência na busca de tratamento. Em nossa amostra, existem 16,7% de pacientes que procuraram tratamento após 20 anos ou mais do início dos sintomas.

Pollitt (1957) em um estudo de 150 pacientes obsessivos advertia para a relação entre duração do distúrbio, época de tratamento e prognóstico. Segundo esse autor, os pacientes com melhor prognóstico eram aqueles que apresentavam um curto período de evolução do distúrbio antes da procura por tratamento. Entretanto, não há consenso acerca desse ponto (Lo, 1967).

Um número importante de pacientes do nosso estudo apresentou prejuízo significativo do funcionamento devido ao DOC. Dos 50 pacientes, 42% haviam interrompido suas atividades em algum período em função do distúrbio. Entre esses, 18,4% estavam sem trabalhar no último ano (eram pacientes com uma forma mais grave de DOC e tinham uma história de

início precoce dos sintomas). Vários estudos prévios (Pollitt, 1957; Kinglen, 1965, Rasmussen & Tsuang, 1980) atestam o comprometimento do funcionamento que ocorre em pacientes obsessivos. Entre esses, o único que utiliza os critérios diagnósticos do DSM-III é o de Rasmussen e Tsuang (1986). Esses autores encontraram, em sua amostra, 15% de pacientes com nítida deterioração social e ocupacional, taxa semelhante a encontrada em nosso estudo.

Com relação aos tipos de obsessões e compulsões, os rituais de limpeza (62%) e verificação (52%), bem como as obsessões de contaminação (56%) e agressão (30%) foram os tipos mais frequentemente encontrados, confirmando estudos prévios em adultos (Goodwin et al, 1969; Rasmussen & Tsuang, 1986) e crianças (Swedo et al, 1989; Thomsen, 1991). Pela literatura, esperávamos encontrar uma elevada frequência de obsessões somáticas, visto que autores como Rasmussen e Tsuang (1986) citam uma percentagem de 34% entre seus pacientes. No entanto, não encontramos nenhum caso na nossa amostra. É possível que a forma como foram obtidos os dados seja a fonte dessa discrepância. Rasmussen e Tsuang (1986) utilizaram uma entrevista semi estruturada, pesquisando ativamente a presença ou ausência das várias modalidades de obsessões (contaminação, agressão, somática, etc). Nós nos baseamos no relato dos prontuários, acrescido de dados obtidos através de um questionários onde pedíamos ao paciente para descrever as obsessões. Fica claro, portanto, que os nossos dados acerca de certos tipos de obsessões e compulsões podem estar subestimados.

Em nossa amostra 32% dos pacientes apresentaram mais de um tipo de obsessão enquanto 58% apresentaram mais de uma compulsão durante o curso da doença. Rasmussen e Tsuang (1986) encontraram em seu estudo que, a maioria dos pacientes apresentaram mais de um tipo de obsessão, e praticamente a metade mais de um tipo de ritual. Torres & Smaira (1993) relataram que a maioria dos seus pacientes apresentaram múltiplas obsessões e compulsões. Conforme discutimos previamente é possível que o nosso número de obsessões esteja subestimado. A associação mais frequente de obsessões foi a de agressão e contaminação (12%). Em relação as compulsões, a associação mais frequente foi a de limpeza e verificação (36%).

Com referência a tentativas de suicídio e suicídio, dos 50 pacientes, 1 tentou suicídio. Frequência semelhante foi encontrada por Pollitt (1957) que entre 101 pacientes, encontrou duas tentativas de suicídio. Nesse estudo, Pollitt encontrou um caso de suicídio. Kringlem (1965) também relatou um suicídio entre 38 pacientes. Goodwin e colaboradores (1967) e mais recentemente Coryell (1981) acreditam que a ocorrência de suicídio entre pacientes obsessivos é pouco frequente.

Quarenta e quatro por cento de pacientes relataram a presença de distúrbio psiquiátrico entre pelo menos um de seus parentes de 1º grau. Existem vários relatos acerca da ocorrência de distúrbios psiquiátricos entre os familiares dos pacientes obsessivos na literatura (Lewis, 1935; Lo, 1967; Coryell, 1981; Rasmussen & Tsuang, 1986; Lenane et al, 1990). Trinta por cento apresentavam um provável DOC. Taxa concordante com a encontrada por Lenane e colaboradores (1990): 30% de DOC entre os parentes de 1º

grau (dado obtido através de entrevista direta com os parentes) em contraste com a prevalência de 2% para população geral. Acreditamos que a frequência dos distúrbio psiquiátricos possa estar subestimada, já que não entrevistamos diretamente os parentes em 1º grau (e.g. não encontramos distúrbio depressivo entre os parentes em 1º grau dos nossos pacientes).

Entre os 240 parentes de 1º grau dos pacientes obsessivos 1,0% cometeu suicídio. Não temos conhecimento da existência de outro estudo onde foi pesquisado esse dado.

Em relação ao tratamento atual, a maioria dos pacientes ($n = 46$) fez uso de clomipramina ($n = 26$), fluoxetina ($n = 5$) ou ambos ($n = 14$), cerca de 1/3 dos pacientes relataram uma melhora $< 20\%$. Cinquenta e cinco por cento relataram melhora que variou entre 41 a 80%. Menos de 10% dos pacientes apresentaram uma melhora subjetiva superior a 80%.

Apesar da forma não controlada da obtenção dos dados sobre resultados terapêuticos, eles estão de acordo com estudos prévios (Jenike, 1990; Greist, 1990) que encontram índices de melhora entre 30% a 60% após 10 semanas de tratamento com inibidores da recaptação de serotonina.

Finalizando nossa discussão é importante ressaltar algumas limitações do nosso estudo. Em 1º lugar, trata-se de uma amostra específica, compreendida de uma população com acesso a um consultório particular, o que reflete uma situação econômica privilegiada em nosso país.

Além disso trata-se de um estudo descritivo, sem grupo controle. É um estudo onde a maior parte das informações foi obtida através de prontuários, por telefone, carta e em alguns casos por entrevista pessoal, o que limitou uma maior abrangência nas informações.

Apesar dessas limitações, de maneira geral, os dados encontrados por nós foram semelhantes aos encontrados em estudos análogos em outros países. Isto atesta certa coerência nos conhecimentos acerca das características clínicas do distúrbio obsessivo compulsivo através das culturas.

Conclusões

1 – O estudo cumpriu seu objetivo: descrever o perfil de um grupo de pacientes em nosso meio, com diagnóstico de DOC, segundo os critérios do DSM-III-R.

2 – Deve-se ter cautela na comparação dos achados desse estudo com estudos prévios, e com a população geral.

3 – Entretanto, os nossos resultados, em geral, são consistente com os achados prévios da literatura:

- quadro de início precoce;
- acometimento ligeiramente maior do sexo feminino;
- intervalo prolongado entre o início dos sintomas e a época do 1º tratamento;
- comprometimento significativo do funcionamento, chegando, às vezes, a impedir a execução de atividades sociais e/ou ocupacionais do indivíduo;
- as obsessões mais comuns são as de contaminação e agressão; e as compulsões são de verificação e limpeza;
- ocorrência frequente de mais de um tipo de obsessão e/ou compulsão;
- elevada frequência de DOC entre parentes de 1º grau;
- resultados terapêuticos que, na maioria das vezes, variavam entre 41 a 80%, com o uso de inibidores da recaptação de serotonina;

4 – Ressalte-se a elevada frequência de suicídios (1%) entre os parentes de 1º grau. Esse achado necessita ser replicado e melhor estudado.

5 – Consistência dos achados entre as diversas culturas.

Referências bibliográficas

- AKHTAR, S.; VARMA, V.K.; PERSHAD, D.; VERMA, S.K. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive – compulsive neurosis. *Brit. J. Psychiat.* 127: 342-8, 1975.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Draft*. Washington D.C., 1993.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbio Mentais (DSM)*. 3 ed - revista, S.P. Manole, 1989, p.602.
- AUSTIN, L.S.; LYDIARD, R.B.; FOSSEY, M.D.; ZEALBERG, J.J.; LARAIA, M.T.; BALLENGER, J.C. Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 51: 456-8, 1990.
- BAXTER, L.R. Brain Imaging as a tool in establishing a theory of brain pathology in obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 22-5, 1990. [2, Suppl].
- BERRIOS, G.E. Obsessive-compulsive disorder: Its Conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry* 30(4): 283-95, 1989.
- BLACK, D.W.; NOYES, R.; GOLDSTEIN, R.B.; BLUM, N. A family study of obsessive – compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 49: 362-8, 1992.
- BLEULER, E. *Psiquiatria*. 15 ed. R.J.: Guanabara Koogan, 1985. p.443.

- CAPSTICK, N; SELDRUP, J. Obsessional states. A study in the relationship between abnormalities occurring at the time of birth and the subsequent development of obsessional symptoms. *Acta Psychiat Scand* 56: 427-31, 1977.
- CORYEL, W. - Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression. Comparisons of background family history, course and mortality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196: 220-4, 1981.
- CUMMINGS, J.L. & CUNNINGHAM, K. Obsessive-compulsive disorder in Huntington's disease. *Biological Psychiatry* 31: 263-70; 1992.
- FERREIRA, A.B.H. - *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLAMENT, M.F.; RAPPORT, J.L.; MURPHY, D.L.; BERG, C.J.; LAKE, C.R.. - Biochemical changes during clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 219-25; 1987.
- FRANKEL, M; CUMMINGS, J.L., ROBERTSON, M.M.; TRIMBLE, M.R.; HILL, M.A.; BENSON, D.F. Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette syndrome *Neurology* 36: 378-82, 1986.
- FREUD, S. - Atos obsessivos e práticas religiosas – 1907. In: Freud, S. *Gravida de Jensen e outros trabalhos* – Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. R.J.: Imago, 1976. p:119-134.

- FREUD, S. O - "Homem dos Ratos" – 1909 in: Freud, S. *Duas histórias clínicas* – Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. R.J.: Imago, 1976. p: 157-257.
- GITTLESON, N.L. - Depressive psychosis in the obsessional neurotic. *Brit. J. Psychiat.* 112: 883-7, 1966.
- GOAS, C. - *Temas Psiquiátricos*. Algunas cuestiones psicopatológicas generales. Madrid. Paz Montalvo, 1966. p.259.
- GOODMAN, W.K.; McDOUGLE, C.J.; PRICE, L.H; RIDDLE, M.A.; PAULS, D.L; LECKMAN, J.F. - Beyond the serotonin hypothesis: A role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *J. Clin. Psychiatry* 51: 36-43, 1990 [8, suppl]
- GOODMAN, W.K.; McDOUGLE, C.J.; BARR, L.C. ARONSON, S.C.; PRICE, L.H. - Biological approaches to treatment-resistant obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 54: [6, suppl]: 16-26, 1993.
- GOODMAN, W.K.; McDOUGLE, C.J.; PRICE, L.H. Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. *J. Clin Psychiatry*, 53: 29-37, 1992. [4, suppl]
- GOODWIN, D.W.; GUZE, S.B.; ROBINS, E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiat* 20: 182-7, 1969.
- GORDON, A & RASMUSSEN, S.A. - Mood-related obsessive compulsive simptoms in a patient with bipolar affective disorder. *J. Clin Psychiatry* 49: 27-8, 1988.
- GORDON, A. - Transition of obsessions in to delusions. *Am J. Psychiatry* 107: 455-8, 1950.

- GREENBERG, D; WITZTUM, E; PISANTE, J. - Scrupulosity: Religious attitudes and clinical presentations. *British Journal of Medical Psychology* 60: 29-37, 1987.
- GREIST, J.H. - Treatment of obsessive compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *J. Clin Psychiatry* 51: 44-50, 1990. [8, suppl]
- HAFNER, R.J & MILLER, R.J. - Obsessive-compulsive disorder: an exploration of some unresolved clinical issues. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 24: 480-5; 1990.
- HILL, W.H. - *Aprendizagem*. 3 ed; Rio de Janeiro, Guanabara dois, 1981, p.233.
- HOLLANDER, E. - Serotonergic drugs and the treatment of disorders related to obsessive-compulsive disorder. *Current Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder*. Washington D.C. American Psychiatric Press, 1992. p.198.
- HOOGDWIN, K. - On the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy XL* (1): 36-50, 1986.
- INGRAM, I.M. - Obsessional illness in mental hospital patients. *J. Ment. Sci.* 107: 382-402, 1961.
- INSEL, T.R.; DONNELLY, E.F.; LALAKEA, M.L.; ALTERMAN, I.S.; MURPHY, D.L. - Neurological and Neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 18: 741-51; 1983.

- INSEL, T.R. - Obsessive compulsive disorder – Five clinical questions and a suggested approach. *Comprehensive Psychiatry* 23 (3): 241-51, 1982.
- INSEL, T.R.; AKISKAL, H.S. - Obsessive compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis. *Am J. Psychiatry*, 143: 1527-33, 1986.
- INSEL, T.R. - Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 4-8, 1990. [2, suppl]
- INSEL, T.R.; ZOHAR, J.; BENKELFAT, C.; MURPHY, D.L. - Serotonin in obsessions, compulsions, and the control of aggressive impulses. *Ann Ny Acad Sci* 600: 574-86, 1990.
- INSEL, T.R. - Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 49: 739-44, 1992.
- JASPERS, K. - *Psicopatologia geral*. 2 ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1987, p.545, vol. 1
- JENIKE, M.A. HYMAN, S; BAER, L; HOLLANDER, M; MINICHIELLO, W.E.; BUTTOLPH, L; SUMMERGRAD, P; SEYMOUR, R; RICCIARDI, J. - A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: implications for a serotonergic theory. *Am J. Psychiatry* 147: 1209-15; 1990.
- JENIKE, M.A. - Approaches to the patient with treatment – Refractory obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 15-21, 1990. [2, suppl].

- JENIKE, M; BAER, L. MINICHIELLO, W.E.; SCHAWARTZ, C.E.; CAREY, R.J. - Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J. Psychiatry* 143: 530-2, 1986.
- JENIKE, M.A. - Obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 24 (2): 99-115, 1983.
- JENIKE, M.A. - Obsessive compulsive disorder: A question of a neurologic lesion. *Comprehensive Psychiatry* 25: 298-304, 1984.
- JOFFE, R.T.; SWINSON, R.P.; REGAN, J.J. - Personality features of obsessive compulsive disorder. *Am J. Psychiatry* 145: 1127-9, 1988.
- KARNO, M; GOLDING, J.M.; SORENSON, S.B; BURNAM, A. - The Epidemiology of obsessive - compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094-9, 1988.
- KATZ, R.J.; DeVEAUGH-GEISS, J. LANDAU, P. - Clomipramine in obsessive - compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 28: 401-14, 1990.
- KAYTON, L; BERGE, G.F. - Birth order and the obsessive - compulsive character. *Arch Gen Psychiat* 17: 751-4, 1967.
- KETTL, P.A.; MARKS, I.M. - Neurological factors in obsessive - compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 149: 315-9, 1986.
- KHANNA, S. CHANNABASAVANNA, R. - Birth order in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 21: 349-54, 1987.
- KIM, S.W.; DYSKEN, M.W.; KLINE, M.D. - Monozygotic twins with obsessive - compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 156: 435-8, 1990.

- KRAMER, H. & SPRENGER, J. - *Malleus Maleficarum*. O martelo das feiticeiras. 8. ed., Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1991, p.528.
- KRINGLEN, E. - Obsessional neurotics – a long-term follow-up. *Brit. J. Psychiat* 3: 709-22, 1965.
- LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; LEONARD, H.; PAULS, D.L.; SCEENY, W.; RAPOPORT, J.L. - Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29 (3): 407-12, 1990.
- LEONARD, H.L.; LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; RETTEW, D.C.; GERSHON, E.S.; RAPOPORT, J.L. - Tics and Tourette's disorder: A 2 - to 7 - year follow-up of 54 obsessive - compulsive children. *Am J. Psychiatry* 149: 1244-51, 1992.
- LEWIS, A. - Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 24: 325-36, 1935.
- LO, W.H. - A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong chinese. *Brit J. Psychiat*. 113: 823-32, 1967.
- MARKS, I.M. CROWE, M.; DREWE, E; YOUNG, J.; DEWHURST, W.G. - Obsessive compulsive neurosis in identical twins. *Brit. J. Psychiat* 115, 991-8, 1969.
- MARKS, I.M. apud: TYNES, I.L.; WHITE, K; STEKETEE, G.S.- Toward a new nosology of obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 31 (5): 465-80, 1990.

- MAVISSAKALIAN, M. R.; JONES, B; OLSON, S; PEREL, J.M. - Clomipramine in obsessive - compulsive disorder: clinical response and plasma levels. *Journal Clin Psychopharmacol* 10 (4): 261-8, 1990.
- MOREL, B.A. apud GORDON, A; RASMUSSEN, S.A. - Mood - related obsessive-compulsive symptoms in a patient with bipolar affective disorder. *J Clin. Psychiatry* 49: 27-8, 1988
- MURPHY, D.L.; ZOHAR, J; BENKELFAT, C. PATO, M.T.; PIGOTT, T.A.; INSEL, T.R. - Obsessive - compulsive disorder as a 5 - HT Subsystem - related behavioral disorder. *British Journal of Psychiatry* 155 : 15-24, 1989. [suppl 8]
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. - *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993; p.351.
- PATO, M.T.; ZOHAR-KADOUCH, R; ZOHAR, J; MURPHY, D.L. - Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive - compulsive disorder *Am J. Psychiatry*, 145: 1521-5, 1988.
- PAULS, D.L.; TOWBIN, K.E.; LECKMAN, J.F.; ZAHNER, G.E.R.; COHEN, D.J. - Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive - compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 43: 1180-2, 1986.
- PERSE, T. - Obsessive - compulsive disorder: A treatment review. *J. Clin Psychiatry* 49(2): 48-55, 1988.

- PIGOTT, T.A., PATO, M.T., BERNSTEIN, S.E., et al apud: JENIKE, M.A. - Approaches to the patient with treatment - refractory obsessive compulsive disorder *J. Clin Psychiatry* 51: 15-21, 1990.[2, suppl]
- PITMAN, R.K; GREEN, R.C.; JENIKE, M.A; MESULAM, M.M. - Clinical comparison of tourette's disorder and obsessive - compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 144: 1166-71; 1987.
- PITMAN, R.K; JENIKE, M.A. - Normal and disordered compulsivity: evidence against a continuum. *J Clin Psychiatry* 50: 450-2, 1989.
- PITMAN, R.K. - Pierre Janet Obsessive - compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 44: 226-32, 1987.
- POLITT, J. - Natural history of obsessional states. A study of 150 cases. *British Medical Journal* 1: 195-8, 1957.
- POLLARD, C.A.; WIENER, R.L.; MERCKEL, W.T., ENSELEY, C. - Reexamination of the relationship between birth order and obsessive - compulsive disorder. *Psychopathology* 23: 52-6, 1990.
- RAPOPORT, J. L.; RYLAND, D.H; KRIETE, M. - Drug treatment of canine acral lick. An animal model of obsessive - compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 49: 517-21, 1992.
- RAPOPORT, J. L. - *O menino que não conseguia parar de se lavar*. R.J.: Marques Saraiva, 1990. a.
- RAPOPORT, J. L. - Obsessive compulsive disorder and basal ganglia dysfunction. *Psychological Medicine* 20: 465-9, 1990. b.[Editorial]
- RAPOPORT, J. L. - The waking nightmare: an overview of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 25-8, 1990. c. [1L, suppl]

- RASMUSSEN, S.A. & TSUANG, M.T. - Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J. Psychiatry* 143: 317-22, 1986.
- RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L.; PATO, M.T. - Current Issues in the pharmacologic management of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 54: 4-9, 1993. [6, suppl]
- RASMUSSEN, S.A. & EISEN, J.L. - Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 10-3, 1990. [2, suppl]
- RASMUSSEN, S.A. & TSUANG, M.T. - The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 45: 450-7, 1984.
- RIDDLE, M.A.; SCAHILL, L.; KING, R.; HARDIN, M.T.; TOWBIN, K.E.; ORT, S.I.; LECKMAN, J.F.; COHEN, D.J. - Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 29(5): 766-72, 1990.
- ROSENBERG, C.M. - Complications of obsessional neurosis. *Brit. J. Psychiat.* 114: 477-8, 1968.
- RUDIN, G. apud GOODWIN, D.W.; GUZE, S.B.; ROBINS, E. - Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiat* 20: 182-7, 1969.
- SCHNEIDER, K. - *Psicopatologia clínica*. 3 ed, São Paulo, Mestre Jou, 1978, p.225.
- SCHILDER, P. - The organic background of obsessions and compulsions. *Am. J. Psychiatry* 94: 1397-414, 1938.

- SNOWDON, J. - Family - size and birth - order in obsessional neurosis *Acta Psychiat. Scand.* 60: 121-8, 1979.
- SOLYOM, L.; Di NICOLA, V.F.; PHIL M.; SOOKMAN, D.; LUCHINS, D. - Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive - compulsive neurosis *Can J. Psychiatry* 30: 372-9, 1985.
- STEKETEE, G. & TYNES, L.L. - Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in: Pato, M.J. & Zohar, J. *Current treatments of obsessive compulsive disorder*. Washington, D.C. American Psychiatric Press, 1992, p.198.
- STENGEL, E. - Mood-related obsessive compulsive symptoms in a patient with bipolar affective disorder. *J. Clin. Psychiatry* 49: 27-8, 1988.
- STERN, R.S.; MARKS, I.M.; WRIGHT, J.; LUSCOMBE, D.K. - Clomipramine plasma levels, side effects and outcome in obsessive compulsive neurosis *Postgraduate Medical Journal* 56: 134-9, 1980. [suppl 1]
- SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L.; CHESLOW, D.L.; LEONARD, H.L.; AYOUB, E.M.; HOSIER, D.M.; WALD, E.R. - High prevalence of obsessive - compulsive symptoms in patients with sydenham's chorea *Am J. Psychiatry* 146: 246-9, 1989.
- TORRES, A.R. & SMAIRA, S.I. - Características clínicas do distúrbio obsessivo - compulsivo: Estudo de 45 casos. *ABP-APAL* 15(2): 44-50, 1993.

- WINSLOW, J.T. & INSEL, T.R. - Neurobiology of obsessive - compulsive disorder: A possible role for serotonin *J. Clin. Psychiatry* 51: 27-31, 1990. [8, suppl]
- ZOHAR, J. & PATO, M.T. - Diagnostic considerations in: PATO, MT. & ZOHAR, J. - *Current treatments of obsessive compulsive disorder*. Washington American Psychiatric Press, 1992, p.198.

Abstract

The obsessive compulsive disorder (OCD) is one of the psychiatric disease most difficult to understand. The studies about adult OCD patients are few and they can be even fewer if we consider patients whose condition has been diagnosed according to the DSM-III-R.

This study has been written with the aim of describing the social-demographic and clinical characteristics of 50 patients.

The files of 50 OCD patients were studied the missing information have been supplied through telephone calls, letters and, whenever possible, by means of a personal interview. Questionnaires and the Yale-Brown Check-list were used.

Despite the short-comings of our study the results were, in general, consistent with what had previously been reported in the literature showing a number of similarities among the cultures such as early onset, a long period between the onset and the need to look for treatment, usual existence of more than one type of obsession and/or compulsion – the most frequent obsessions being the fear of contamination and aggression and the most frequent compulsions being checking and cleaning – and high rate of OCD among first-degree relatives. It should also be emphasised the high rate of suicides (1%) among the patients' first-degree relatives. This fact should be checked and looked into more deeply.

Anexo I

Questionário

- 1 – Profissão
- 2 – Estado civil
- 3 – Escolaridade
- 4 – Você tem idéias obsessivas? Por favor descreva-as
- 5 – Você tem compulsões? Por favor descreva-as
- 6 – Ordem de nascimento (é o 1º filho, o segundo, o caçula?)
- 7 – Está estudando ou trabalhando atualmente?
- 8 – Os sintomas do DOC foram responsáveis pela interrupção do trabalho ou dos estudos em algum período da doença?
- 9 – Se você permaneceu trabalhando ou estudando durante todo curso da doença, os sintomas prejudicaram seu funcionamento?
- 10 – No último ano deixou de trabalhar ou estudar devido ao DOC?
- 11 – Qual era a sua idade quando os primeiros sintomas do DOC surgiram?
- 12 – Época em que procurou tratamento pela 1ª vez (qual era a sua idade)
- 13 – Você já fez alguma tentativa de suicídio?
- 14 – Quantos parentes em 1º grau (pais, irmãos, filhos) possui?

15 – Entre esses parentes:

- a) algum deles apresenta problema psiquiátrico?
- b) em caso afirmativo você sabe dizer qual?
- c) já ocorreu suicídio entre os parentes?

Anexo II

YALE - BROWN

OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE

(Y - BOCS)

ESCALA OBSESSIVO COMPULSIVA DE YALE - BROWN

DESENVOLVIDA POR:

Wayne K. Goodman, M.D. e colaboradores

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Tradução Portuguesa: A. Baptista e colaboradores

Consulta para Perturbações Ansiedade Stress

Hospital de Santa Maria, Lisboa - Portugal

Nome _____ data ____/____/____

Lista de sintomas Y-Bocs (8/89)

Avalie todos os itens, assinale os sintomas principais com um P. O entrevistador deve certificar-se se os sintomas relatados são sintomas genuínos da POC, e não sintomas de outra perturbação como Fobia Simples ou Hipocondria. Os itens assinalados com um asterisco (*) podem ser ou não sintomas da POC.

Atual	Passada	
		<i>Obsessões de agressão</i>
_____	_____	Medo de se ferir a si próprio
_____	_____	Medo de ferir os outros
_____	_____	Imaginar cenas violentas ou horríficas
_____	_____	Medo de dizer involuntariamente ("deixar escapar") obscenidades ou insultos
_____	_____	Medo de fazer algo que cause embaraço
_____	_____	Medo de executar involuntariamente impulsos (e.g. apunhalar um amigo)
_____	_____	Medo de roubar ou furtar

_____ Medo de ferir os outros por não ter sido
suficientemente cuidadoso (e.g. bater/atropelar
alguém sem notar)

_____ Medo de ser responsável por algo de terrível
que aconteça (e.g. incêndio, assalto)

_____ Outra _____

Obsessões de contaminação

_____ Preocupação ou nojo com excrementos ou
secreções do corpo (e.g. urina, fezes, saliva)

_____ Preocupação com a sujidade ou micróbios

_____ Preocupação excessiva com contaminações
provenientes do ambiente (e.g. resíduos
tóxicos, fumos, radiações)

_____ Preocupação excessiva com artigos domésticos
(e.g. detergentes, diluentes)

_____ Preocupação excessiva com animais (e.g.
insetos)

_____ Incomodado com substâncias viscosas ou
resíduos

_____ Preocupado por vir a ficar doente devido a
contaminação

_____	_____	Preocupado por vir a provocar doenças a outros por espalhar substâncias causadoras de contaminação (agressão)
-------	-------	---

_____	_____	Ausência de preocupação pelas consequências da contaminação para além da preocupação com o que possa vir a sentir.
-------	-------	--

Obsessões sexuais

_____	_____	Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
-------	-------	---

_____	_____	Temas sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto
-------	-------	---

_____	_____	Temas sobre homossexualidade*
-------	-------	-------------------------------

_____	_____	Comportamento sexual em relação aos outros (agressão)*
-------	-------	--

_____	_____	Outra _____
-------	-------	-------------

Atual

Passada

Acumulação/Poupança

(Distinguir de hobbies e preocupações com objetos de valor sentimental ou monetário)

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Obsessões religiosas (Escrupulosidade)

_____	_____	Preocupação com sacrilégios e blasfêmias
-------	-------	--

_____	_____	Preocupação excessiva com o certo/errado, moralidade
_____	_____	Outra _____
_____	_____	<i>Obsessões com necessidade de simetria ou exatidão</i>
_____	_____	Acompanhadas por pensamento mágico (e.g., preocupação que a mãe possa vir a ter um acidente se determinados objetos não se encontrarem nos lugares certos)
_____	_____	Não acompanhada por pensamento mágico
_____	_____	<i>Obsessões diversas</i>
_____	_____	Necessidade de saber ou recordar
_____	_____	Medo de dizer determinadas coisas
_____	_____	Medo de não dizer o que é correto
_____	_____	Medo de perder coisas
_____	_____	Imagens intrusivas (não violentas)
_____	_____	Sons intrusivos sem sentido, palavras ou música
_____	_____	Incomodado por certos sons/ruídos*
_____	_____	Números de sorte/azar
_____	_____	Cores com significado especial
_____	_____	Medo supersticiosos

_____	_____	Outra _____
_____	_____	<i>Obsessões somáticas</i>
_____	_____	Preocupação com doenças ou perturbações*
_____	_____	Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física (e.g. dismorfofobia)*
_____	_____	Outra _____
_____	_____	<i>Compulsões de limpeza/lavagem</i>
_____	_____	Lavagem das mãos excessiva ou ritualizada
_____	_____	Ducha, banho, lavagem de dentes, ou rotinas diárias de arranjo pessoal ritualizados ou excessivos
_____	_____	Limpeza excessiva de móveis da casa ou objetos inanimados
_____	_____	Outras medidas para evitar ou prevenir o contato com substâncias que podem causar contaminação
_____	_____	Outra _____
_____	_____	<i>Compulsões de verificação</i>
_____	_____	Verificar fechaduras, fogão, utensílios domésticos, etc
_____	_____	Verificar que não feriu ou não vai ferir outros

_____	_____	Verificar que não se feriu ou não vai ferir a si próprio
_____	_____	Verificar que nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
_____	_____	Verificar que não cometeu erros
_____	_____	Verificações associadas a obsessões somáticas
_____	_____	Outra _____
Atual	Passada	

Rituais de repetição

_____	_____	Rer ler ou reescrever o mesmo várias vezes
_____	_____	Necessidade de repetir o mesmo várias vezes (e.g. entrar/sair de casa várias vezes; sentar-se/ levantar-se várias vezes de uma cadeira)
_____	_____	Outra _____

Compulsões de contagem

_____	_____	_____
		<i>Compulsões de acumulação/coleção</i> [distinguir de hobbies e preocupação com objetos de valor monetário ou sentimental (e.g., lê cuidadosamente cartas sem valor, acumula jornais velhos, pequenos utensílios domésticos, colecciona objetos sem utilidade)]
_____	_____	_____

Compulsões diversas

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Rituais mentais (sem ser verificar/contar) |
| _____ | _____ | Efetuar listas excessivas |
| _____ | _____ | Necessidade de falar ou fazer perguntas |
| _____ | _____ | Necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas* |
| _____ | _____ | Rituais envolvendo piscar os olhos ou olhar fixamente |
| _____ | _____ | Medidas de modo a prevenir (não são verificações): ferir-se a si próprio _____; ferir outros _____; consequências terríveis _____ |
| _____ | _____ | Comportamento ritualizado ao comer* |
| _____ | _____ | Comportamento supersticiosos |
| _____ | _____ | Tricotilomania* |
| _____ | _____ | Outros comportamentos de auto-mutilação* |
| _____ | _____ | Outra _____ |