

Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo

Albina R Torres

Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, Botucatu, SP, Brasil

Abstract *Obsessive-compulsive disorder (OCD) has clinical features that overlap in various degrees with many other mental disorders. As a result, the differential diagnosis sometimes can be difficult. This review briefly summarizes the phenomenologic similarities and differences between OCD and the following disorders: depression, phobias, hypochondriasis and body dysmorphic disorder, Tourette syndrome and tic disorder, obsessive-compulsive personality disorder, impulse control and eating disorders, generalized anxiety, panic and post-traumatic stress disorders, and delusional and schizophrenic disorders. The accurate diagnosis is essential for adequate treatment planning and management.*

Keywords *Obsessive-compulsive disorder. Diagnosis. Differential.*

Introdução

Apesar de os casos mais típicos do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em geral não serem de difícil identificação, trata-se de um quadro que faz fronteira com vários outros transtornos mentais, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial.¹ Neste trabalho, abordar-se-ão as principais diferenças e aproximações do TOC com alguns quadros que podem também ocorrer simultaneamente.

É importante relembrar que a simples ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos não implica o diagnóstico de TOC. Eles podem fazer parte da apresentação clínica de outro transtorno primário, como as depressões, esquizofrenias e demências. Podem também ser manifestações normais em determinadas fases da vida, como na infância (p. ex.: rituais na hora de dormir),² gravidez e puerpério (p. ex.: pensamentos intrusivos sobre a saúde do feto ou rituais de verificação do bem-estar do recém-nascido).³

Depressão

Tem em comum com o TOC aspectos como culpa, auto-reprovação, indecisão, medo, preocupação excessiva e baixa autoestima.⁴ Há ainda um subtipo raro de TOC, a lentidão obsessiva, que se assemelha à lentificação ou mesmo ao estupor depressivo. Ruminatórias obsessivas são comuns na depressão, e depressões são as complicações mais frequentes do TOC. Por essa estreita relação, o TOC já foi considerado uma forma de melancolia. Enquanto as depressões tendem à evolução fásica e predominam em mulheres, o TOC costuma ser crônico, acometendo igualmente homens e mulheres.⁵ As medicações antiobsessivas são os antidepressivos, sendo porém eficazes apenas os de ação preponderantemente serotoninérgica, em geral em doses altas e com maior tempo de latência para o efeito (até 12 semanas no TOC).

Para VanOppen & Arntz,⁶ em ambos os quadros há avaliação exagerada dos riscos e da responsabilidade pessoal envol-

vida, porém, na depressão, a autoculpabilização se refere a evento indesejado já ocorrido, enquanto no TOC o paciente procuraria evitar a posição depressiva pela ritualização, para que no futuro não ocorra, por sua culpa, o evento negativo temido. O viés cognitivo catastrófico, a expectativa do pior e comportamentos de esquiva social são outras manifestações comuns que podem se exacerbar em caso de comorbidade, geralmente com piora da capacidade crítica.

Fobias

Como o TOC, caracterizam-se por medos irracionais de certas situações ou objetos, envolvendo extrema ansiedade e habitual preservação da crítica. Comportamentos de esquiva ocorrem em ambos os quadros, podendo acarretar incapacitação sócio-ocupacional variável. Alguns obsessivos evitam até sair de casa, como fóbicos sociais ou agorafóbicos graves. A esquiva passiva, porém, é em geral bem menos eficaz no TOC, uma vez que os estímulos podem ser internos e por vezes onipresentes (p. ex.: sujeira, bactérias).⁷ Os rituais (esquiva ativa) também caracterizam diferentemente o TOC.

Alguns pacientes supostamente fóbicos em relação a lugares altos, multidões ou dirigir, por exemplo, podem na verdade apresentar impulsos obsessivos auto ou heteroagressivos assustadores e não admitidos. Nesses casos, o medo não é de algo externo, mas de si mesmo, dos próprios impulsos. Se nas fobias o conteúdo é estável, no TOC tende a mudar ao longo do tempo.⁸

Apesar de também temerem a ocorrência futura de algo ruim e avaliarem exageradamente os perigos,⁹ os fóbicos não apresentariam percepção exacerbada da responsabilidade pessoal envolvida, não sentiriam culpa.⁵

Enquanto nas fobias a resposta ansiosa é automática e direta diante da situação ou do objeto temido, no TOC não há necessidade de exposição real: basta o pensamento ou a dúvida de ter havido contato para desencadear toda uma seqüência de

pensamentos avaliativos catastróficos.¹⁰ Assim, se na fobia ter-se-ia a situação cachorro-medo, no TOC pode ser algo como “e se aquela sombra que passou foi de um cachorro (...) e se ele estiver com pulgas (...) e se as pulgas estiverem contaminadas por sangue infectado (...) e se os vírus passarem pelo ar (...) pode ser que eu tenha pego Aids”. Além de mais facilmente evocados pela maior generalização dos estímulos,¹¹ as obsessões seriam como uma fobia “intelectualizada”, com mais desdobramentos cognitivos.¹⁰

Hipocondria e transtorno dismórfico corporal (TDC)

Classificados como transtornos somatoformes, caracterizam-se por idéias prevalentes ou supervalorizadas, implicando, portanto, maior prejuízo da capacidade crítica. Tais pacientes costumam resistir ao encaminhamento para tratamento psiquiátrico ou psicológico, pois consideram apresentar algum problema físico (de saúde na hipocondria e estético no TDC).

Enquanto no TOC há medo de adoecer (em geral por contaminação) ou dúvida sobre estar ou não doente (idéias obsessivas), na hipocondria existe a suspeita ou crença de já estar com alguma doença grave a partir da interpretação errônea de sinais ou sintomas físicos, com busca de diversos serviços médicos e especialistas, solicitação de exames subsidiários e descrença nos profissionais que neguem a existência do problema físico. A relação médico-paciente costuma ser difícil e frustrante bilateralmente, por vezes com franca hostilidade. As preocupações são recorrentes como no TOC, e pode-se pensar nas consultas e nos exames como rituais de verificação da saúde. Os hipocondríacos também apresentam superestimação de riscos e impossibilidade de se assegurar diante das evidências.^{12,13}

No TDC os pacientes procuram principalmente dermatologistas e cirurgias plásticas para tentar corrigir o suposto ou mínimo defeito físico que os atormenta, tendo comportamentos de verificação e evitação social por vezes com prejuízos pessoais significativos.¹⁴

Como no TOC, o tipo de preocupação irracional pode variar ao longo do tempo, mas, nesses dois quadros, atém-se ao plano somático. No TOC as obsessões de contaminação podem incluir o medo de vir a contaminar pessoas queridas, mas as obsessões somáticas nem sempre são claramente egodistônicas, dificultando a diferenciação.¹

Transtorno de tiques e síndrome de Tourette

Tiques são movimentos repetitivos de certos grupos musculares ou vocalizações, em geral rápidos e estereotipados, que podem ser mais ou menos complexos. Na síndrome de Tourette, há pelo menos um tique vocal ao lado de vários tiques motores. Quanto mais complexo um tique motor (p. ex.: ter que tocar, esfregar), mais se assemelha a uma compulsão.

Entretanto, as compulsões em geral são desencadeadas pela ansiedade ou por medo, sendo realizadas voluntariamente com o intuito de prevenir magicamente algum acontecimento temido. Já os tiques, mesmo complexos, buscam habitualmente aliviar alguma sensação ou desconforto físico.¹⁵ Eles podem ser suprimidos voluntariamente por algum tempo, mas com tensão emocional e, geralmente, descarga posterior compensatória.

A dificuldade maior de diferenciação está nos casos de compulsões puras, sem obsessões associadas, em que os pacientes ritualizam para se sentir melhor, para obter uma sensação de completude ou perfeição (“*just right*” *sensation*) ou apenas para aliviar a ansiedade ou outro desconforto emocional inespecífico. Existe também uma considerável comorbidade entre TOC e transtorno de tiques/Tourette, principalmente em casos de TOC de início precoce.¹⁵

Transtorno obsessivo-compulsivo (ou anancástico) da personalidade

Tem como características principais perfeccionismo e escrupulosidade excessivos, autoritarismo e inflexibilidade, exagerada dedicação ao trabalho e produtividade, exigência e preocupação com regras, formalidades, detalhes e ordem. São traços de personalidade estáveis, precoces e egossintônicos, ou seja, valorizados pela própria pessoa. Este seria um diferencial importante em relação ao TOC, que é habitualmente egodistônico (sintomas considerados indesejáveis e mesmo ridículos pelo paciente).

Apenas uma minoria de pacientes com TOC apresenta tais características de personalidade, por vezes confundidas com sintomas obsessivo-compulsivos que são estereotipados, sob a forma de rituais (mágicos), eventualmente secretos, envolvendo conteúdos e cognições específicos.¹

Transtornos do controle de impulsos e transtornos alimentares

De modo geral, os impulsos são realizados no sentido da busca do prazer, enquanto as compulsões destinam-se a evitar riscos ou aliviar a ansiedade. Os atos impulsivos são pouco premeditados e costumam gerar arrependimento posterior em função de conseqüências indesejáveis ou dos riscos envolvidos.¹⁶

Nesse contexto situam-se, por exemplo, a cleptomania, o comprar “compulsivo”, o jogo patológico, o sexo “compulsivo”, a bulimia nervosa e o comer “compulsivo”. Como se vê, o termo compulsivo parece mal empregado nesses transtornos, uma vez que as compulsões envolvem algum sacrifício (não são prazerosas em si), visando prevenir no futuro a culpa ou a ocorrência de algo temido.

Já a anorexia nervosa seria uma espécie de transtorno dismórfico corporal, com sacrifícios extremos e comportamentos ritualísticos para evitar uma conseqüência temida (ganhar peso). Nesse sentido, aproxima-se mais do TOC, porém manifesta-se por idéias prevalentes, com prejuízo da crítica e com resistência ao tratamento. Alguns rituais do TOC, entretanto, podem implicar o comportamento alimentar, dificultando o diagnóstico diferencial.

Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de pânico e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)

Envolvendo manifestações de ansiedade patológica como o TOC, apresentam diferenciais relevantes. No TAG as preocupações excessivas são relativas a problemas reais do dia-a-dia, sem caráter mágico ou ritualizações. No transtorno de pânico, as manifestações físicas predominam, com interpretação catastrófica de sintomas e comportamentos de esquiva que po-

dem se assemelhar ao TOC. Além disso, pacientes obsessivos podem ter crises de pânico associadas a alguma obsessão ou à exposição a situações temidas, podendo confundir o diagnóstico. Por vezes, uma crise considerada espontânea é secundária a uma cognição mal investigada. Também é comum pacientes com pânico desenvolverem comportamentos supersticiosos, na tentativa mágica de controlar as crises imprevisíveis (usar amuletos, evitar roupas de certas cores etc).

No TEPT frequentemente ocorrem imagens mentais ou pensamentos intrusivos indesejáveis relacionados ao trauma, sintomas depressivos e vários comportamentos de esquiva nem sempre facilmente diferenciáveis dos observados no TOC. Porém, rituais não caracterizam o TEPT.

Transtornos delirantes e esquizofrênicos

As características mágicas do pensamento obsessivo e a bizarria de alguns comportamentos compulsivos podem gerar dúvidas diagnósticas, principalmente na vigência de comprometimento da crítica, o que acontece em alguns casos ou em fases de agravamento do TOC.¹⁷ Alguns pacientes também podem rela-

tar inicialmente as obsessões como se fossem pseudoalucinações auditivas. Há casos mais raros que evoluem com reações “psicóticas” transitórias depressivas ou paranóides nas quais o paciente deixa de reconhecer os sintomas como absurdos.^{17,18}

Nos transtornos delirantes, não há deterioração da personalidade, e o subtipo somático pode particularmente incluir comportamentos de verificação e limpeza corporal muito semelhantes aos do TOC, mas sempre egossintônicos. Enquanto os obsessivos lutariam *contra* a idéia, os delirantes lutariam *pela* idéia.¹⁹ O isolamento social pode ser outra característica comum, porém habitualmente é possível fazer o diagnóstico diferencial por outros sintomas associados, além da crítica e atitude global dos obsessivos, geralmente colaborativa.

Conclusão

O TOC tem características clínicas que se sobrepõem às de vários outros transtornos mentais, e o diagnóstico diferencial pode ser tarefa complexa. No entanto, o diagnóstico correto é fundamental, pois dele depende o planejamento e a execução adequados das abordagens terapêuticas.

Referências

- Torres AR. Distúrbio obsessivo-compulsivo: dificuldades diagnósticas. *J Bras Psiquiatria* 1992;41:351-7.
- Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznik JS, Henshaw D, King RA, et al. Ritual, habit and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development* 1997;68:58-68.
- Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Evans DW, King RA, Cohen DJ. Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:1-26.
- Insel TR. Obsessive-compulsive disorder: five clinical questions and a suggested approach. *Compr Psychiatry* 1982;23:241-51.
- Lotufo-Neto F. Distúrbio obsessivo-compulsivo e depressão. *J Bras Psiquiatria* 1993;42(supl 1):29-32.
- VanOppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:79-87.
- Hoogduin K. On the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 1986;40:36-51.
- Torres AR. Relações entre sintomas fóbicos e obsessivo-compulsivos. *Temas* 1994;24:159-70.
- Rasmussen AS, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53(supl 4):4-10.
- Lima MA. Responsabilidade e fragilidade: contribuição à psicopatologia fenomenológica do transtorno obsessivo-compulsivo [Dissertação de mestrado]. São Paulo: FMUSP; 1994.
- Pitman RK. Janet's obsessions and psychasthenia: a synopsis. *Psych Q* 1984;56:291-314.
- Fallon BA, Rasmussen AS, Liebowitz MR. Hypochondriasis. In: Hollander E, editor. *Obsessive-compulsive related disorders*. Am Psychiatric Press 1993:71-92.
- Torres AR. Hipocondria e distúrbio obsessivo-compulsivo: sobreposições e limites diagnósticos. *J Bras Psiquiatria* 1994;43:605-9.
- Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 1995;56(supl 4):41-51.
- Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry* 1995;56:246-55.
- Del Porto JA. Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, comprar compulsivo, compulsões sexuais. In: Miguel EC, editor. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan; 1996. p. 109-16.
- Torres AR, Smaira SI, Ferreira DTJ. A interface entre distúrbio obsessivo-compulsivo e esquizofrenia: desafios da prática clínica. *J Bras Psiquiatr* 1997;46:147-55.
- Eisen JL, Rasmussen AS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993;53:373-9.
- Ballerini A, Stanghellini G. Phenomenological questions about obsession and delusion. *Psychopathol* 1989;22:315-9.

Correspondência: Albina Rodrigues Torres

Departamento de Neurologia e Psiquiatria – Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

Caixa Postal 540 Distrito de Rubião Jr. – 18.618-970 Botucatu, SP

Tel.: (0xx14) 6802-6260 – Fax: (0xx14) 6821-5965 – E-mail: atorres@fmb.unesp.br