

Transtorno obsessivo-compulsivo

Maria Conceição do Rosario-Campos e Marcos T Mercadante

Protoc, Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Child Study Center, Yale University Schools of Medicine & Nursing, Yale, USA

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou de compulsões. A relativa simplicidade do diagnóstico categorial sugeriria tanto uma precisa delimitação nosográfica, quanto uma homogeneidade do quadro. No entanto, resultados de pesquisas recentes têm enfatizado dois conceitos. O primeiro refere-se à heterogeneidade do quadro. O segundo refere-se à concepção de que o TOC poderia ser estudado a partir de uma visão dimensional e contínua, ou seja, dentro de um espectro obsessivo-compulsivo.

Sendo assim, para o aprofundamento do conhecimento do TOC é necessário buscar-se subgrupos mais homogêneos de pacientes. As peculiaridades da apresentação do TOC na infância e adolescência sugerem que o início precoce dos sintomas delimitaria um subtipo de pacientes.

As prevalências de estudos epidemiológicos em adolescentes revelaram taxas entre 1,9% e 3,0% nos Estados Unidos e entre 2,3% e 4,1% em outros países.¹ A distribuição entre os sexos parece variar de acordo com as diversas faixas etárias, sendo que em crianças há uma preponderância de meninos. No presente artigo, procurou-se desenvolver os aspectos mais importantes e atuais na avaliação de crianças e adolescentes com TOC.

Diagnóstico e quadro clínico

Obsessões podem ser definidas como eventos mentais, tais como pensamentos, idéias, impulsos e imagens, vivenciados como intrusivos e incômodos.² Como produtos mentais, as obsessões podem ser criadas a partir de qualquer substrato da mente, tais como palavras, medos, preocupações, memórias, imagens, músicas ou cenas.

Compulsões são definidas como comportamentos ou atos mentais repetitivos, realizados para diminuir o incômodo ou a ansiedade causados pelas obsessões ou para evitar que uma situação temida venha a ocorrer.² Não existem limites para a variedade possível das obsessões e das compulsões.³

Numa revisão, March e Leonard⁴ relataram como mais frequentes em crianças e adolescentes as obsessões de contaminação, de medo de ferir-se ou de ferir os outros, sexuais e de religiosidade e as compulsões de lavagem, repetição, checagem e rituais de tocar em objetos ou pessoas.

Na infância, as compulsões comumente antecedem o início das obsessões, que podem ser menos frequentes que na idade adulta. Em um estudo recente, foi descrito um intervalo médio de 1,6 anos entre o início das compulsões e o das obsessões em pacientes com início dos sintomas até os dez anos de idade.⁵

Uma questão importante para a avaliação de crianças com TOC é a semelhança entre os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e os comportamentos repetitivos característicos de algumas fases do desenvolvimento, tais como os rituais e as superstições. Dos dois aos quatro anos de idade, as crianças apresentam intensificação dos comportamentos repetitivos. Os rituais mais comuns nesta fase pré-escolar acontecem, principalmente, nos horários de dormir, de comer e de tomar banho. Por exemplo, uma história precisa ser contada da mesma forma várias vezes, os alimentos precisam ser organizados no prato de acordo com regras pré-estabelecidas, só tomam banho se estiverem com um brinquedo específico. A partir dos seis anos, os rituais se manifestam mais em brincadeiras grupais. Os jogos passam a ter regras rígidas e iniciam-se as coleções dos mais variados objetos. Outros exemplos de comportamentos ritualísticos normais são as superstições. Encontradas em todas as faixas etárias, parece haver uma mudança qualitativa com a idade.

Rituais e superstições são normais para estas fases do desenvolvimento. Eles têm geralmente o objetivo de auxiliar no desempenho e dar uma sensação de controle sobre a imprevisibilidade dos eventos. Além disso, não interferem no funcionamento da criança e não têm a frequência ou a intensidade dos SOC. No entanto, como tratam-se de comportamentos repetitivos, podem ser confundidos com os SOC. Portanto, é importante reconhecer quando os rituais e as superstições tornam-se patológicos e quando as crianças passam a precisar de ajuda.⁵ Deve-se considerar a faixa etária, a duração diária dos comportamentos, sua intensidade e se interferem ou não nas suas atividades e no seu desenvolvimento.

Para o diagnóstico do TOC é necessário que as obsessões e/ou as compulsões causem interferência ou limitação nas atividades da criança, que consumam tempo (ao menos uma hora por dia) e que causem sofrimento ou incômodo ao paciente ou a seus familiares.² O diagnóstico do TOC é clínico, não existindo nenhum exame laboratorial ou radiológico patognomônico da doença.

Tanto o DSM-IV² quanto a CID-10⁶ utilizam os mesmos critérios diagnósticos para crianças, adolescentes e adultos, ressaltando-se apenas que na infância não é imprescindível o reconhecimento de que os sintomas são excessivos ou irracionais.

Ainda não existe um consenso sobre como determinar a idade de início do TOC. A maioria dos estudos considera o surgimento dos sintomas como a idade de início do transtorno. Outros consideram o início do incômodo causado pelos sintomas ou a primeira vez em que o paciente procurou ajuda profissional como a idade de início.

O início dos sintomas pode ser agudo ou insidioso e os SOC tendem a modificar-se bastante durante o curso da doença.⁷ Cada paciente tem uma história distinta. Não está definido se as peculiaridades do TOC em crianças seriam apenas características patoplásticas dessa faixa etária, modificando-se com o desenvolvimento, ou se persistiriam até a idade adulta.

Uma nova proposta de avaliação psicopatológica do TOC procura agrupar os sintomas que tendem a ocorrer em conjunto. Nessa abordagem, quatro a cinco fatores ou dimensões sintomatológicas foram estabelecidos: “obsessões de agressão e compulsões relacionadas”; “obsessões religiosas, sexuais e compulsões relacionadas”; “obsessões de simetria e compulsões de ordenação e arranjo”; “obsessões de contaminação e compulsões de limpeza/lavagem”; e “obsessões e compulsões de colecionismo”.^{8,9} Ainda não existem estudos avaliando a distribuição desses fatores em crianças.

O espectro obsessivo-compulsivo

O conceito de espectro está fundamentado na similaridade do TOC com determinados quadros, considerando a psicopatologia, a idade de início, as comorbidades, o curso clínico, a resposta e tipo de tratamento e, talvez, até a etiologia.¹⁰ Várias categorias nosográficas como, por exemplo, transtornos somatoformes, transtornos alimentares, tricotilomania e transtornos do controle dos impulsos têm sido alocadas no espectro.¹⁰ Além disso, pensar num *continuum* entre os transtornos dos movimentos repetitivos, variando dos tiques simples à ideação obsessiva, constitui um modelo eficaz para o avanço do conhecimento fisiopatogênico.^{11,12} A seguir, abordaremos apenas a associação entre o TOC e a síndrome de Tourette (ST).

Esta associação entre TOC e ST tem sido descrita há vários anos mas, apenas recentemente, tem sido comprovada através de estudos clínicos, genéticos, de neuroimagem e neurofisiológicos.^{13,14}

Quanto mais jovem for a amostra, maiores as chances dos pacientes apresentarem tiques. A ST é diagnosticada quando o paciente apresenta múltiplos tiques motores e ao menos um tique vocal, por um período mínimo de um ano no qual os tiques não estiveram ausentes por mais de três meses consecutivos.²

Pacientes com TOC associado a tiques apresentam mais frequentemente obsessões de agressividade e sexuais, além de compulsões de simetria, ordenação e arranjo, colecionismo e “tic-like”. Compulsões “tic-like” são comportamentos semelhantes a tiques complexos, mas precedidos por obsessões. Interessante ressaltar a sobreposição desses sintomas com aqueles descritos por March e Leonard.⁴

Diagnóstico diferencial

Vários transtornos precisam ser considerados quando se avalia pacientes com TOC. Em relação aos transtornos de ansiedade, crianças que apresentam obsessões somáticas (idéias obsessivas de doença) podem ter seus sintomas confundidos com sintomas do transtorno de pânico. Os sintomas de ansiedade autonômica, frequentemente relacionados aos SOC, também são encontrados nos outros transtornos de ansiedade, dificultando o diferencial. O transtorno de ansiedade de separação

também pode ser confundido com o TOC quando o medo da ausência dos pais se mistura com a preocupação de que algo ruim aconteça a eles.

A semelhança entre obsessões e idéias prevalentes, por vezes, é muito grande. Classicamente, as idéias obsessivas têm um caráter egodistônico, são reconhecidas pelo sujeito como sendo próprias porém absurdas ou, no mínimo, exageradas e são rejeitadas ao máximo pelo paciente. Já a idéia delirante é considerada egossintônica, fazendo parte do sujeito. Quando a criança é pequena, a capacidade em discriminar o conteúdo egodistônico ainda não foi desenvolvida, o que dificulta o diagnóstico.

O transtorno depressivo maior é freqüente em pacientes com TOC. Contudo, não existem estudos dirigidos à infância. A distinção entre idéia obsessiva e idéia prevalente de ruína ou desesperança, encontrada na depressão, é muito difícil, embora essa sempre seja egossintônica.

Etiopsiopatogenia

Genética

A importância de fatores genéticos na etiologia do TOC tem sido enfatizada através de estudos de famílias, estudos com gêmeos e, mais recentemente, de estudos de genética molecular.

Os estudos de famílias com TOC apresentaram resultados discordantes, com taxas de TOC entre os familiares de primeiro grau variando de zero¹⁵ a 28,1%.¹⁶ Essa variação nos resultados ocorreu por vários motivos, entre eles a heterogeneidade das amostras, as diferenças nos critérios diagnósticos empregados e a utilização de métodos diferentes para a coleta dos dados. No entanto, todos os trabalhos têm demonstrado que quanto mais precoce é o início dos SOC nos pacientes, maior o risco de morbidade para TOC e SOC entre os familiares.

Por exemplo, Bellodi et al¹⁷ relataram que o risco de morbidade familiar aumentou de 3,4% para 8,8% quando avaliaram apenas os pacientes com início do quadro até os 14 anos de idade. Pauls et al¹⁸ encontraram taxas duas vezes mais elevadas de TOC e, principalmente de SOC, nos pacientes com início dos sintomas antes dos 18 anos.

Estudos com gêmeos são necessários para comprovar a transmissão genética, uma vez que o caráter familiar poderia ser decorrência da mesma exposição ambiental. Os estudos de gêmeos revistos por Rasmussen e Tsuang,¹⁹ apresentam uma concordância para monozigotos de 53% a 87% e para dizigóticos de 22% a 47%.

O próximo passo deve ser identificar precisamente quais seriam os genes de susceptibilidade para o TOC. Para tanto, há duas abordagens principais: os estudos de ligação e os estudos de associação alélica. Até o momento, os poucos estudos nesta área têm sido inconclusivos e enfatizado a necessidade de se estabelecer subgrupos mais homogêneos de pacientes para a realização de um posterior estudo genômico.

Imunologia

A partir da descrição de prevalências aumentadas de SOC e TOC em crianças com coreia de Sydenham, surgiu a proposta de que ao menos um subgrupo de pacientes com TOC estaria

relacionado a alterações na resposta imune.²⁰ Alguns trabalhos chegam a apontar que entre 10% a 30% das crianças com TOC apresentariam também alterações imunológicas. Foi então proposto o acrônimo PANDAS (*Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*) para uma melhor identificação desses casos.²¹ Os critérios propostos para esse diagnóstico incluem início abrupto, pré-puberal, seguido de curso com dramáticas exacerbações e remissões, documentada relação com infecção estreptocócica anterior ao início do quadro e presença de alterações motoras, como movimentos coreiformes, em crianças que preencham critérios para TOC ou ST. Desta hipótese nosográfica têm surgido propostas terapêuticas dirigidas à resposta imune que, no entanto, ainda precisam de confirmação.²²

Neuroanatomia e neuroimagem

A fisiopatologia do TOC está relacionada aos gânglios da base, estruturas de localização subcortical profunda representadas pelo estriado (caudado e putâmen), globo pálido, substância negra e núcleo subtalâmico. Estudos de neuroimagem têm demonstrado alterações morfológicas e funcionais nos núcleos caudados.²³ Um modelo teórico interessante propõe a existência de uma disfunção na circuitaria fronto-córtico-estriado-tálamo-cortical. De acordo com esse modelo, o núcleo caudado (a porção estriatal da alça) não filtraria adequadamente os impulsos corticais, acarretando uma certa liberação na atividade talâmica, por ausência de inibição das estruturas estriatais. Assim, os impulsos excitatórios originados no tálamo atingiriam o córtex órbito-frontal, criando um “reforço” que impediria o sujeito de retirar do foco de sua atenção certas preocupações que normalmente seriam consideradas irrelevantes.²⁴ O mesmo modelo tem sido proposto para crianças e adolescentes, apesar das possíveis diferenças nas diversas etapas do desenvolvimento ainda não terem sido delineadas.

Tratamento

Tratar uma criança com TOC implica em uma série de procedimentos. Uma vez que a criança terá seu crescimento influenciado pelo convívio com esse quadro, faz parte do seguimento planejar condutas que viabilizem um desenvolvimento adequado.

Deve-se iniciar o tratamento com esclarecimentos a respeito da origem do quadro, estabelecimento de um vínculo com a criança e suporte e orientação familiar.

A introdução de terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado melhora dos SOC⁴ e diminuição do risco de recaída após a retirada da medicação.

As drogas eficazes no tratamento dos SOC são os inibidores da recaptção de serotonina (IRS).²⁵ As liberadas nos Estados Unidos pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o uso em crianças são a clomipramina, a fluvoxamina e a setralina. No caso da clomipramina, o monitoramento cardíaco criterioso deve ser realizado. A ação dessas drogas no citocromo P450 também deve ser considerada, a fim de evitar, por exemplo, interações com determinados antibióticos.

A introdução imediata de IRS deve ser considerada apenas quando os sintomas estão muito graves, quando houver risco de suicídio ou quadro depressivo intenso associado. Parâmetros clínicos de gravidade incluem o tempo gasto com os SOC, a interferência nas atividades escolares e de vida diária, o sofrimento subjetivo da criança e mesmo dos pais. Pode-se, também, utilizar escalas de avaliação de sintomas. A *Yale-Brown obsessive-compulsive scale* (Y-BOCS)²⁶ é a mais utilizada, possuindo uma versão adaptada para crianças, a *Children Yale-Brown obsessive-compulsive scale* (CY-BOCS).²⁷ Nenhuma das duas escalas foi validada no Brasil.

Deve-se manter a medicação por pelo menos três meses em dose máxima para avaliação de sua eficácia. Caso os sintomas estejam controlados, pode-se começar a redução para uma dosagem de manutenção após seis meses e tentar sua suspensão após 18 meses.

Frente à comorbidade com o transtorno de tiques ou à má resposta aos IRS, deve-se considerar a potencialização com neurolépticos.¹⁴

Conclusão

É importante ressaltar que o TOC é, em si, um conceito. Por não ser “verdade” objetiva, irá necessariamente sofrer modificações nos próximos anos. O desenvolvimento de técnicas em biologia molecular e neuroimagem, utilizando subgrupos mais homogêneos de pacientes, deverá ser fator significativo na transformação desse conceito. Com a divulgação do genoma humano e o desenvolvimento de tecnologias mais acessíveis de mapeamento, propostas individualizadas de tratamentos, baseadas no sequenciamento genético, poderão ser viáveis num futuro próximo.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo –Fapesp (Processo 99/08560-6).

Referências

1. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the paediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1998;37:420-7.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington (DC): American Psychiatry Press; 1994.

3. Towbin KE, Riddle MA. Obsessive-compulsive disorder. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry – a comprehensive textbook. New York: Williams & Wilkins; 1991. p. 685-97.
4. March JS, Leonard HL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past ten years. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1996;34:1265-73.
5. Rosario-Campos MC. Transtorno obsessivo-compulsivo de início precoce e início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 1993.
7. Rapoport JL. Childhood obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psych* 1986;27:289-95.
8. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1997;154:911-7.
9. Mattaix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1999;156:1409-16.
10. Hollander E, Benzaquen SD. The obsessive-compulsive spectrum disorders. *Int Rev Psych* 1997;9:99-109.
11. 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 Psych* 1995;56:420-30.
12. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CK, O'Sullivan RL, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *Brit J Psych* 1997;170:140-5.
13. Leckman JF, Grice DE, Barr LC, Vries LC, Martin C, Cohen DJ, et al. Tic-related vs. non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety* 1995;1:208-15.
14. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price L. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: a double blind, placebo controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psych* 1994;51:302-308.
15. Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1983;13:807-11.
16. Lewis A. Problems of obsessional illness. *Proc Royal Soc Med* 1935;XXIX:325-36.
17. Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psich Res* 1992;42:111-20.
18. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1995;152:76-84.
19. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1986;143:317-22.
20. Swedo SE, Leonard HL, Shapiro MB, Casey BJ, Mannheim GB, Lenane MC, et al. Sydenham's chorea: physical and psychological symptoms of St Vitus dance. *Pediatrics* 1993;91(4):706-13.
21. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman BB, Allen AJ, Perlmutter, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical descriptions of the first 50 cases. *Am J Psych* 1998;152(2):264-71.
22. Walkup J. PANDAS and PITANDS [medical letter]. *Tourette Syndrome Assoc* 1998;1:1-4.
23. Jenike MA, Breiter HC, Baer L, Kennedy DN, Savage CR, Olivares MJ, et al. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psych* 1996;53:625-32.
24. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziola JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psych* 1992;49:681-9.
25. Mercadante MT, Miguel EC, Gentil V. Abordagem farmacológica do transtorno obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 86-97.
26. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Guze BH, Bergman K, Szuba MP. The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS): part II. Validity. *Arch Gen Psych* 1989;46:1012-6.
27. Seahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1997;36:844-52.

Correspondência: Maria Conceição do Rosario-Campos
Child Study Center/Yale University School of Medicine –
230 South Frontage Road Room #I-267 – New Haven, CT, USA 06520