
Obsessive-Compulsive Disorder: Conceptual and Clinical Aspects

Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Aspectos Conceituais e Clínicos

Received: 2023-01-11 | Accepted: 2023-02-12 | Published: 2023-03-03

Vinícius Ferreira Borges

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0322-6297>

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: borgesvf.phd@gmail.com

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic, prevalent, and disabling psychiatric disorder that affects people of all ages and may have been worsened by the COVID-19 pandemic. This study aims to review conceptual and clinical aspects of OCD, including its history, diagnosis, symptom dimensions, etiology, assessment, prevention, and treatment. The history of OCD shows the transition from religious to medical conceptions. The main symptoms of OCD involve the presence of obsessive thoughts and compulsive acts, which can manifest themselves in four dimensions: ‘contamination and cleanliness’, ‘order and symmetry’, ‘doubt and verification’, and ‘disgusting thoughts and mental rituals’. This heterogeneity in the manifestation of OCD can make it difficult to understand its causes and to compare treatment responses. OCD management involves symptom assessment; prevention through psychoeducation and reducing family accommodation; pharmacological and psychotherapeutic treatment. First-line treatments involves the administration of serotonin reuptake inhibitor drugs and/or cognitive-behavioral therapy, with exposure and ritual avoidance techniques, and cognitive reappraisal.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; OCD; Diagnosis; Treatment; Prevention

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um distúrbio psiquiátrico, crônico, prevalente e incapacitante, que afeta pessoas de todas as idades e pode ter se agravado com a pandemia de COVID-19. Este estudo objetiva revisar aspectos conceituais e clínicos do TOC, incluindo sua história, diagnóstico, dimensões sintomáticas, etiologia, avaliação, prevenção e tratamento. A história do TOC mostra a transição de concepções religiosas para médicas. Os principais sintomas do TOC envolvem a presença de pensamentos obsessivos e atos compulsivos, que podem se manifestar em quatro dimensões: “contaminação e limpeza”, “ordem e simetria”, “dúvidas e verificação” e “pensamentos repugnantes e rituais mentais”. Essa heterogeneidade da manifestação do TOC pode dificultar o entendimento de suas causas e a comparação de respostas ao tratamento. Seu manejo envolve a avaliação dos sintomas; a prevenção via psicoeducação e redução da acomodação familiar; e o tratamento farmacológico e psicoterapêutico. A primeira linha de tratamento envolve a administração de fármacos inibidores da recaptação de serotonina e/ou a terapia cognitivo-comportamental com técnicas de exposição e prevenção de rituais e reavaliação cognitiva.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo; TOC; Diagnóstico; Tratamento; Prevenção

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica, altamente prevalente e associada a relevante incapacidade (Stein, et al., 2019). Este distúrbio afeta crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo, tendo ocupado, antes da pandemia de COVID-19, o posto de quarto transtorno mental mais comum e figurado entre as dez condições mais incapacitantes, devido a perda de renda e diminuição da qualidade de vida das pessoas (Veale & Roberts, 2014). Atualmente, é impossível negar os impactos negativos da pandemia sobre a saúde mental das pessoas. Entre outros fatores, o medo de contaminação por coronavírus pode ter contribuído para a elevação dos níveis de estresse da população e para a intensificação de sintomas de transtornos mentais pré-existentes, especialmente o TOC (Ornell, et al., 2021).

Como o próprio nome sugere, O TOC é caracterizado principalmente pela presença obsessões (pensamentos intrusivos e perturbadores), compulsões (comportamentos ou atos mentais repetitivos), ou ambas. As obsessões e compulsões são normalmente angustiantes, consomem tempo e prejudicam a rotina dos indivíduos (Hirschtritt, Bloch, & Mathews, 2017).

O TOC é um transtorno heterogêneo (Bokor & Anderson, 2014) e a gravidade dos sintomas pode diferir acentuadamente de uma pessoa para outra (Veale & Roberts, 2014). Apesar disso, o conteúdo das obsessões costuma estar relacionado ao medo de contaminação, pensamentos agressivos indesejados, tabus envolvendo sexo ou religião e a necessidade de simetria ou exatidão. As compulsões, por sua vez, normalmente envolvem atos de limpeza, organização, verificação, contagem, repetição e confirmação, que podem servir para neutralizar a angústia causada pelas obsessões. Todavia, em algumas ocasiões, as próprias compulsões podem se tornar tão dispendiosas de tempo e energia, que acabam causando ansiedade. Nesse sentido, é comum que indivíduos com TOC se tornem evitativos em relação a estímulos que podem desencadear suas obsessões e compulsões (Goodman, Grice, Lapidus, & Coffey, 2014).

Considerando o TOC como uma condição prevalente e incapacitante (Stein, et al., 2019), potencialmente intensificada durante a pandemia de COVID-19 (Ornell, et al., 2021) e ainda subestimada e tratada de forma insuficiente (Richter & Ramos, 2018), então o presente trabalho se justifica pela importância de difundir fatos e dados relevantes, que possam auxiliar na orientação de estudantes, profissionais de saúde e pacientes acerca do transtorno. Nesse intuito, este artigo objetiva revisar tópicos essenciais associados ao TOC.

Primeiramente, serão apresentados alguns aspectos de sua história, contemplando desde os primeiros relatos na literatura até as classificações atuais. Depois, serão abordados os critérios diagnósticos e o diagnóstico diferencial em relação a outras condições psiquiátricas. Um foco especial será dado às quatro dimensões mais comuns em que o TOC se manifesta, o que atribui um caráter heterogêneo ao transtorno e dificulta o estabelecimento de suas causas, que serão

abordadas na sequência na seção sobre etiologia. Por fim, serão abordadas algumas formas de avaliação, prevenção e tratamento que compõem o manejo geral do TOC.

ASPECTOS BÁSICOS DO TOC

História

Obsessões e compulsões fazem parte do repertório cognitivo e comportamental humano, e podem estar mais ou menos presentes na vida das pessoas. Por isso, a descrição desses fenômenos pode ser observada em documentos históricos ao longo dos últimos séculos. Um estudo italiano abrangente (Fornaro, et al., 2009), apresentou uma seção contendo alguns antecedentes históricos do TOC e transtornos relacionados. Para exemplificar, seus autores citaram trechos do “*Malleus Maleficarum*” (um compêndio de feitiçaria e psicopatologia do século XV) e “*Macbeth*” (um clássico literatura do século XVII de William Shakespeare). O primeiro trecho se referia a um exorcismo e distinguiu pessoas parcialmente possuídas (*i.e.*, com perfil obsessivo-compulsivo associado a blasfêmia e sexo) daquelas totalmente possuídas (*i.e.*, com características psicóticas). A segunda passagem mostrava as obsessões e os rituais de lavar as mãos associados à culpa que *Lady Macbeth* sentia.

O mesmo estudo (Fornaro, et al., 2009) enfatizou a mudança de concepção do fenômeno obsessivo-compulsivo, que passou de uma visão religiosa para uma visão médica. Ao que tudo indica, as obsessões e compulsões foram primeiramente descritas na literatura médica em 1838, pelo psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol (discípulo de Philippe Pinel) e, ao final do século XIX, esses sintomas já eram considerados manifestações de melancolia ou depressão. No início do século XX, os trabalhos de Pierre Janet e Sigmund Freud, marcaram a introdução de uma visão psicológica sobre o fenômeno obsessivo-compulsivo. Na década de 1950, a terapia comportamental e as teorias da aprendizagem estavam em ascensão e foram aplicadas aos sintomas obsessivo-compulsivos, direcionando o desenvolvimento de tratamentos efetivos para a redução de rituais compulsivos nas décadas seguintes.

Os critérios diagnósticos do TOC foram descritos pela primeira vez em 1980 com a publicação do DSM-III, a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 1980). Isso possibilitou o desenvolvimento de novos estudos sobre o TOC, uma vez que esta condição psiquiátrica fora sistematicamente classificada e definida. A partir de então, acompanhando os avanços científicos na área da saúde mental, este manual vem sendo revisado e editado. Cabe observar, porém, que desde o DSM-III, as duas principais características do TOC (*i.e.*, a presença de obsessões e/ou compulsões) não sofreram alterações significativas em sua definição (Abramowitz & Jacoby, 2015).

No DSM-5, a quinta e mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, as obsessões foram definidas como pensamentos, imagens ou impulsos, que aparecem de forma recorrente e persistente, sendo considerados intrusivos e indesejados pelo indivíduo. As compulsões, por sua vez, são comportamentos ou atos mentais recorrentes que uma pessoa se sente obrigada a cumprir em resposta a uma obsessão ou obedecendo a regras particulares bastante rígidas (American Psychiatric Association, 2013). Cabe observar que, diferentemente da edição anterior, o DSM-5 apresenta um capítulo exclusivo para o TOC e outros transtornos relacionados, devido ao reconhecimento de suas características distintas. Anteriormente, estes transtornos foram classificados, em sua maioria, juntamente com os transtornos de ansiedade (Araújo & Lotufo-Neto, 2014).

Diagnóstico

De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, para que uma pessoa receba o diagnóstico de TOC, seu quadro clínico deve apresentar as seguintes características: a) presença de obsessões, compulsões ou ambas; b) as obsessões e/ou compulsões devem consumir tempo (*i.e.*, mais de uma hora por dia), causar sofrimento clinicamente significativo e/ou prejudicar o funcionamento do indivíduo em áreas importantes da vida; c) os sintomas obsessivo-compulsivos não devem estar relacionados a efeitos de substâncias (*e.g.*, droga de abuso ou medicamento) ou a outra condição médica; d) a perturbação não pode ser melhor explicada por sintomas de outros transtornos mentais (American Psychiatric Association, 2013).

O DSM-5 ainda requer que o nível de *insight* do indivíduo sobre as próprias crenças associadas ao TOC seja especificado como: a) *insight* bom ou razoável, se ele reconhece que as crenças não são ou podem não ser verdadeiras; b) *insight* pobre, se ele acredita que as crenças são provavelmente verdadeiras; e c) *insight* ausente ou crenças delirantes, se ele está convencido de que as crenças são verdadeiras. Outro aspecto que deve ser especificado é se o TOC está relacionado a tiques. Isto é, se o indivíduo apresenta ou já apresentou transtorno de tique (American Psychiatric Association, 2013).

Além de ser diferenciado de estados normais de saúde mental, o TOC também precisa ser distinguido de outras condições psiquiátricas que apresentam características semelhantes. Afinal, pensamentos recorrentes, preocupações, rumações ou rituais podem ocorrer em outros transtornos (Stein, et al., 2019). Dessa forma, é importante que profissionais realizem o diagnóstico diferencial do TOC em relação a: transtornos de ansiedade; transtorno depressivo maior; outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos relacionados; transtornos alimentares; tiques (no transtorno de tique) e movimentos estereotipados; transtornos psicóticos; outros comportamentos do tipo compulsivo; e transtorno da personalidade obsessiva-compulsiva (American Psychiatric Association, 2013).

Dimensões do TOC

O TOC é notadamente uma condição psiquiátrica muito heterogênea, o que significa que o conteúdo das obsessões e compulsões pode variar consideravelmente de um indivíduo para o outro. Por exemplo, duas pessoas que receberam o diagnóstico de TOC podem apresentar um padrão de sintomas completamente diferentes, sem qualquer sobreposição (Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005). Apesar disso, certos temas ou dimensões do TOC parecem ser mais comuns (American Psychiatric Association, 2013). Essas dimensões foram determinadas com o auxílio de métodos estatísticos (*e.g.*, análise fatorial) para identificação de subgrupos mais homogêneos de apresentação clínica dos sintomas (Cordioli, 2014).

De acordo com Abramowitz, *et al.* (2010), quatro dimensões do TOC foram replicadas de forma mais consistente na literatura científica, entre as quais os sintomas se manifestam como: a) obsessões de contaminação e compulsões de lavagem ou limpeza; b) obsessões sobre a necessidade de ordem ou simetria e compulsões de arranjo ou organização; c) obsessões sobre dúvidas quanto a erros ou danos e compulsões de checagem ou verificação; e d) pensamentos obsessivos repugnantes sobre violência, sexo ou blasfêmia e compulsões envolvendo rituais mentais e estratégias de neutralização (*e.g.*, substituição de pensamento). Antes de exemplificar cada dimensão, é importante ressaltar que esses sintomas obsessivo-compulsivos mantêm uma relação funcional entre si. Isto é, os comportamentos ou atos mentais compulsivos funcionam como tentativas de reduzir a angústia causada pelos pensamentos obsessivos (Abramowitz & Jacoby, 2015).

Para efeitos didáticos, cada dimensão será nomeada de acordo com a principal obsessão e compulsão que a constitui. Assim, a dimensão denominada como “contaminação e limpeza” pode ser exemplificada por preocupações excessivas de se contaminar (por meio da exposição a germes, bactérias, radiação etc.), contaminar outras pessoas (especialmente familiares) ou contrair doenças. Em decorrência disso, os indivíduos tendem a lavar as mãos com muita frequência, trocar de roupas várias vezes ao dia, tomar banhos demorados e usar muito sabão, álcool e/ou detergentes, o que pode causar problemas na pele ou nas unhas. Além disso, esses sujeitos costumam evitar o contato físico direto com tudo aquilo que acreditam estar contaminado, incluindo determinados locais (*e.g.*, banheiros públicos, hospitais, cemitérios etc.), objetos (*e.g.*, corrimão, maçaneta, torneiras, chaves, dinheiro etc.), pessoas (*e.g.*, mendigos) e partes do próprio corpo (*e.g.*, dedos, cotovelos etc.). Alguns pacientes ainda isolam certos espaços e utensílios da casa para uso próprio e de modo não compartilhado. Também há casos em que as compulsões de lavagem podem ocorrer para anular pensamentos supersticiosos ou blasfemos (Cordioli, 2014).

A dimensão “ordem e simetria” envolve a necessidade exagerada de arranjo de objetos ou circunstâncias conforme determinados critérios, por exemplo: a organização de roupas de acordo com suas características (*e.g.*, tipo, cor, tamanho etc.); a colocação ou alinhamento de objetos na posição correta (*e.g.*, móveis, livros, quadros, lençóis, talheres, pratos, a própria comida

no prato etc.); ou a realização de tarefas segundo alguma sequência ou regra (*e.g.*, escovar os dentes). Cabe notar que as compulsões associadas a simetria, alinhamento ou sequência podem ser precedidas por obsessões do tipo “*just right*” (*i.e.*, pensamentos de ter que fazer algo de certa maneira para que as coisas fiquem corretas) ou, mais raramente, por pensamentos supersticiosos cuja ameaça seria prevenida com o ritual (Cordioli, 2014).

Quanto à dimensão “dúvidas e verificação”, pode-se dizer que as verificações são sintomas normalmente precedidos por dúvidas ou pela necessidade de se certificar que possíveis ameaças ou danos foram reduzidos ou eliminados. Os episódios mais críticos ocorrem quando a pessoa com TOC acredita que uma falha pessoal, associada à falta de cuidado/responsabilidade ou não prevenção de risco, produziria graves consequências (*e.g.*, acidente, incêndio, roubo, morte etc.). Logo, o ímpeto de verificação se torna mais intenso quando, por exemplo, o sujeito sai de casa, do trabalho ou do estacionamento e pensa respectivamente que a casa pode pegar fogo porque talvez tenha deixado a chama do fogão acesa; ou que alguém possa roubar dados da empresa porque talvez tenha esquecido de desligar o computador; ou mesmo que o carro possa ser roubado, porque talvez tenha esquecido de ligar o alarme. Para verificar, se certificar ou garantir que as coisas foram feitas corretamente (sem falhas ou riscos), o indivíduo normalmente faz perguntas repetidas a si mesmo ou a outras pessoas. Também são comuns verificações sutis ou dissimuladas (*e.g.*, olhar ou tocar com atenção certos objetos e documentos) e verificações mentais (*e.g.*, repassar mentalmente um trajeto, diálogos ou o passo-a-passo de determinadas atividades). Em alguns casos, as dúvidas podem apresentar características quase delirantes, quando o indivíduo não confia naquilo que está vendo (*e.g.*, uma porta trancada em que é possível observar o mecanismo de tranca devidamente ativado) (Cordioli, 2014).

Por fim, na dimensão “pensamentos repugnantes e rituais mentais” é comum a presença de pensamentos ou imagens perturbadoras e inaceitáveis sobre a prática de atos envolvendo violência (*e.g.*, esfaquear um familiar, jogar um bebê pela janela, empurrar um idoso para o meio do trânsito, atropelar uma pessoa ou animal etc.); tabus sexuais (*e.g.*, molestar uma criança, praticar incesto, fazer sexo com animais, fixar o olhar nos genitais de outra pessoa, duvidar da própria orientação sexual etc.) e/ou blasfêmias (*e.g.*, praticar sexo com figuras divinas, falar palavrões ou obscenidades durante cultos religiosos, pensar demasiadamente em entidades maléficas etc.). Com frequência, pessoas com TOC interpretam equivocadamente essas obsessões como indicadores de intenção ou de possibilidade de praticar tais comportamentos execráveis, o que leva ao monitoramento constante e tentativas malsucedidas de suprimir esses pensamentos, além da implementação de medidas de segurança (*e.g.*, colocar de telas de proteção nas janelas, esconder facas ou substâncias venenosas etc.). Ademais, comportamentos ou rituais de reparação podem ocorrer para neutralizar a aflição, tais como confissões, rezas, penitências ou banhos de purificação. Atos mentais de checagem também são comuns nesta dimensão, por exemplo: checar *e-mails* ou repassar conversas para se certificar que nada foi comunicado de forma agressiva ou

ofensiva; olhar constantemente o espelho retrovisor ou lembrar do trajeto para constatar que não atropelou algum animal ou pessoa (Cordioli, 2014).

Em suma, o TOC pode ter manifestações clínicas muito variáveis, o que dificulta o esclarecimento sobre sua etiologia e comparações entre as respostas aos diferentes tipos de tratamento (Cordioli, 2014). As próximas seções serão dedicadas a estes tópicos.

Etiologia

Em virtude de sua heterogeneidade, as causas do TOC ainda não foram firmemente estabelecidas. Contudo, fatores cerebrais/neurobiológicos, psicológicos e ambientais têm sido associados ao surgimento e manutenção de sintomas do TOC (Cordioli, Vivian, & Braga, 2017).

Entre os fatores cerebrais e neurobiológicos relacionados a sintomas obsessivo-compulsivos podem ser consideradas algumas predisposições genéticas (Mahjani, Bey, Boberg, & Burton, 2021), além de condições neurológicas mais raras, causadas por tumores cerebrais (Nur & Harun, 2019), coreia de Sydenham (Swedo, et al., 1989), coreia de Huntington (Molano-Eslava, et al., 2008), demência frontotemporal (Moheb, et al., 2019), traumas cranioencefálicos (Grados, 2003) e infecção por estreptococos (Swedo, Leonard, & Rapoport, 2004).

Aspectos cognitivos e comportamentais constituem os principais fatores psicológicos associados a etiologia do TOC. Por exemplo, distorções cognitivas e crenças disfuncionais podem fomentar pensamentos obsessivos angustiantes. Já, algumas respostas comportamentais, envolvendo rituais e/ou evitações podem gerar alívio sobre as obsessões, o que acaba reforçando tais comportamentos e, conseqüentemente, mantendo o transtorno (Cordioli, Vivian, & Braga, 2017; Salkovskis, Forrester, & Richards, 1998; Rachman, 1997). Ademais, o atual estado da arte de pesquisas em neuropsicologia, indica que o TOC está associado a um baixo desempenho em vários domínios de testes neuropsicológicos (Kashyap & Abramovitch, 2021), de modo que o TOC (e outros transtornos) também pode ser caracterizado por sua disfunção cognitiva (Abramovitch, Short, & Schweiger, 2021).

Por fim, fatores ambientais, incluindo principalmente a acomodação familiar (*i.e.*, a maneira como os familiares interagem com o paciente e seus sintomas obsessivo-compulsivos) parecem contribuir para o desenvolvimento do TOC (Lebowitz, Panza, Su, & Bloch, 2012). Também há evidências de que, pelo menos, algumas dimensões do TOC estejam associadas à ansiedade de separação (Mroczkowski, et al., 2011) e a experiências estressantes ou traumáticas (Rosso, Albert, Asinari, Bogetto, & Maina, 2012).

Avaliação, prevenção e tratamento

Um processo abrangente e estruturado de avaliação deve ser o primeiro passo para a identificação e tratamento do TOC. Os principais objetivos dessa avaliação compreendem a realização de um diagnóstico preciso, a caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos

quanto ao tipo/dimensão e gravidade, além da orientação dos alvos de tratamento (Stein, et al., 2019). Os pesquisadores Rapp, Bergman, Piacentini e McGuire (2016) revisaram as principais formas de avaliação do TOC e destacaram, entre outros instrumentos, entrevistas diagnósticas padronizadas (e.g., *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version*); escalas de gravidade dos sintomas aplicadas pelo clínico ou pelo paciente (e.g., *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* ou *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale*); e medidas de fatores relacionados como incapacidade (e.g., *Sheehan Disability Scale*), nível de *insight* (e.g., *Brown Assessment of Beliefs Scale*) e acomodação familiar (e.g., *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder*). Os mesmos pesquisadores sugeriram a realização de uma avaliação individualizada e baseada em evidências tanto em jovens quanto em adultos com TOC (Rapp, Bergman, Piacentini, & McGuire, 2016).

A prevenção do TOC é outro tópico muito importante, porém pouca atenção tem sido dada ao tema, tanto que pesquisadores tem feito um apelo à intervenção precoce (Brakoulias, Perkes, & Tsalamaniotis, 2018). Aparentemente, há uma demanda global não atendida para serviços de intervenção precoce em casos de TOC e transtornos relacionados. Entre outras estratégias de prevenção, poderiam ser incluídas a psicoeducação, a redução da acomodação familiar e a identificação precoce do transtorno (por meio da avaliação). Essas ações poderiam contribuir significativamente para reduzir o sofrimento desnecessário e a onerosa incapacidade associada ao subtratamento (Fineberg, et al., 2019).

Referente a psicoeducação, cabe destacar que pacientes com TOC (e seus familiares) podem se beneficiar de um alívio substancial quando aprendem com um profissional que sua condição psiquiátrica é relativamente comum na população, sendo cada vez mais investigada e compreendida, além do fato de que os tratamentos disponíveis podem contribuir para a redução dos sintomas e conseqüente promoção de qualidade de vida. Também é objetivo da psicoeducação desenvolver o entendimento de fatores que podem manter ou agravar os sintomas obsessivo-compulsivos, incluindo tópicos como estigma, preconceito e o papel da família (acomodação familiar). A falta de conhecimento sobre o transtorno ou o constrangimento sobre seus sintomas podem se somar a outros fatores que geram atraso na busca por tratamento (Stein, et al., 2019).

Abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas estão entre as principais formas de tratamento do TOC. De modo geral, pacientes adultos com sintomas obsessivo-compulsivos são tratados farmacologicamente com a administração de clomipramina ou de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs; e.g., citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina); e/ou psicologicamente com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), incorporando técnicas de exposição e prevenção de rituais (EPR) e de reestruturação cognitiva (Albert, et al., 2018). Contudo, é importante salientar que, os resultados não dependem exclusivamente da estratégia terapêutica utilizada, podendo variar em função de diversos fatores (e.g., idade de início do TOC, tempo sem tratamento, dimensão dos sintomas, comorbidades

associadas etc.). Por isso, o tratamento deve ser devidamente adaptado para cada caso (Fornaro, et al., 2009).

Referente a farmacoterapia e baseado em evidências de eficácia, tolerabilidade e segurança dos medicamentos, pode-se dizer que os ISRSs constituem um dos tratamentos de primeira linha para o TOC. Contudo, é importante avaliar corretamente a dose da medicação a ser administrada, considerando que certos pacientes podem ser mais sensíveis a alguns efeitos adversos (*e.g.*, disfunções sexuais, ganho de peso etc.) e acabar abandonando o tratamento (Soomro, Altman, Rajagopal, & Oakley-Browne, 2008). Diretrizes de tratamento do TOC indicam que a escolha do medicamento deve se pautar em aspectos como a presença de comorbidades médicas no paciente, sua resposta a tratamentos anteriores, eventos adversos, interações medicamentosas e custo da medicação (Koran, et al., 2007). Ademais, evidências na literatura sugerem que o tratamento farmacológico seja mantido por um período mínimo entre 12 e 24 meses após a remissão dos sintomas (Greist, et al., 2003).

A TCC também faz parte da primeira linha de tratamento para o TOC, sobretudo quando, entre outros pontos, o paciente prefere psicoterapia a medicação, não apresenta comorbidades médicas que requeiram o uso de fármacos, ou no caso de crianças (Stein, et al., 2019). Estudos de revisão sistemática com metanálise dão suporte a essa abordagem terapêutica, tendo demonstrado que, de fato, a TCC foi capaz de reduzir sintomas obsessivo-compulsivos em crianças, adolescentes e adultos (Uhre, et al., 2020; Öst, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016; Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015).

Como o próprio nome indica, o tratamento baseado em TCC envolve componentes de reavaliação cognitiva e intervenções comportamentais, tendo a exposição e prevenção de rituais (EPR) como a intervenção psicológica de primeira escolha para o TOC (Stein, et al., 2019). Foa (2010) descreveu os componentes da EPR, salientando que há variação entre diferentes protocolos. Em linhas gerais, a aplicação da EPR no paciente pode envolver: exposição *in vivo* (*i.e.*, enfrentamento progressivo de situações da vida real que desencadeiam pensamentos obsessivos, como usar banheiro público); exposição imaginária (*i.e.*, imaginação detalhada de situações angustiantes, projetando consequências temidas caso os rituais não sejam realizados, como contrair uma doença contagiosa porque não tomou os cuidados necessários e ser evitado por amigos e familiares); prevenção de rituais (*i.e.*, abstenção da prática de rituais, observando empiricamente que a angústia diminui e as consequências temidas não acontecem, como deixar de lavar as mãos após encostar no chão e não contrair uma doença); e processamento (*i.e.*, discussão e análise da experiência de exposição e prevenção de rituais de modo a refutar ou comprovar as expectativas do paciente e explorar sua percepção sobre a modulação da própria angústia). Evidências apontaram que a EPR reduziu os sintomas de pacientes com TOC e que o padrão de melhora foi sustentado após o fim do tratamento (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000).

Por fim, vale notar que a TCC (com EPR e reavaliação cognitiva) também se mostrou eficaz para o tratamento do TOC quando conduzida de diferentes formas, incluindo protocolos de atendimento individual, em grupo, presencial e remoto (Wootton, 2016). Contudo, o preditor mais confiável de bons resultados do tratamento com TCC parece ser a adesão e engajamento do paciente aos exercícios de EPR solicitados como “dever de casa” entre as sessões de terapia (Wheaton, et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi visto que o TOC é um transtorno mental crônico, prevalente e incapacitante, que aflige crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo, e cujos sintomas podem ter sido intensificados com a pandemia de COVID-19 (Stein, et al., 2019; Veale & Roberts, 2014; Ornell, et al., 2021). Apesar disso, o transtorno tem sido subestimado e tratado de forma insuficiente (Richter & Ramos, 2018). Portanto, este estudo objetivou revisar aspectos conceituais e clínicos básicos do TOC.

Em resumo, a história mostra a evolução da concepção do TOC, que passou de uma visão religiosa para um entendimento médico, tendo seus sintomas caracterizados em manuais diagnósticos que possibilitaram o avanço de estudos na área (Fornaro, et al., 2009). Os principais sintomas do TOC são obsessões e/ou compulsões, que consomem tempo, causam sofrimento clinicamente significativo e prejudicam o funcionamento normal do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013). Esses sintomas podem ser agrupados em quatro dimensões mais comuns, conforme o tipo de obsessão e compulsão presentes, a saber: “contaminação e limpeza”, “ordem e simetria”, “dúvidas e verificação” e “pensamentos repugnantes e rituais mentais” (Abramowitz, et al., 2010; Cordioli, 2014). Assim, diferentes pessoas com o diagnóstico de TOC podem apresentar manifestações sintomáticas completamente distintas uma das outras (Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005). Essa heterogeneidade dificulta a compreensão de suas causas, bem como a comparação da resposta dos pacientes ao tratamento (Cordioli, 2014). Apesar de não ser possível estabelecer relação entre causa e efeito, a etiologia do TOC parece estar relacionada com fatores cerebrais/neurobiológicos (*e.g.*, predisposições genéticas, síndromes raras, infecções, tumores ou lesões cerebrais), psicológicos (*e.g.*, distorções cognitivas e padrões comportamentais aprendidos) e ambientais (*e.g.*, acomodação familiar e experiência de eventos adversos) (Cordioli, Vivian, & Braga, 2017). Por fim, o manejo correto do TOC deve envolver, entre outras etapas, momentos para avaliação da presença e gravidade dos sintomas, com a aplicação de entrevistas diagnósticas padronizadas e escalas com propriedades psicométricas; a prevenção por meio da psicoeducação e redução da acomodação familiar; e o tratamento farmacológico e psicoterapêutico (Stein, et al., 2019). A primeira linha de tratamento envolve a

administração de fármacos ISSRs e/ou protocolos de TCC com técnicas de EPR e reavaliação cognitiva (Albert, et al., 2018), que também podem ser conduzidos remotamente (Wootton, 2016).

O presente estudo, de natureza sucinta e generalista, cobriu apenas os pontos mais básicos acerca do TOC na tentativa de promover uma visão panorâmica da área. Portanto, foram propositalmente excluídos dessa revisão tópicos específicos, como dados de prevalência/incidência, diferenças culturais ou tratamentos alternativos; além de aprofundamentos em modelos teóricos e diretrizes de tratamento. O leitor que carece dessas informações adicionais, certamente precisará recorrer a outras fontes, muitas delas cuidadosamente incluídas nas referências deste texto. Cabe observar também que, dada a heterogeneidade do TOC, novos estudos se fazem necessários para ampliar o entendimento das causas do transtorno e a conseqüente proposição de novas formas de tratamento.

Por fim, considerando a relevância do TOC e seus impactos na saúde mental das pessoas este trabalho pode ser útil para todos aqueles que precisam de um primeiro contato guiado com o tema, sobretudo pacientes (e seus familiares), estudantes e equipes multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

- Abramovitch, A., Short, T., & Schweiger, A. (2021). The C Factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review, 86*, 102007. doi:10.1016/j.cpr.2021.102007
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, pp. 165-186. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., . . . Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 22*(1), 180-198. doi:10.1037/a0018260
- Albert, U., Marazziti, D., Di Salvo, G., Solia, F., Rosso, G., & Maina, G. (2018). A systematic review of evidence-based treatment strategies for obsessive-compulsive disorder resistant to first-line pharmacotherapy. *Current Medicinal Chemistry, 25*(41), pp. 5647-5661. doi:10.2174/0929867325666171222163645
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5 ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. C., & Lotufo-Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16*(1), 67-82.
- Bokor, G., & Anderson, P. D. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Pharmacy Practice, 27*(2), 116-130. doi:10.1177/0897190014521996
- Brakoulias, V., Perkes, I. E., & Tsalamanios, E. (2018). A call for prevention and early intervention in obsessive-compulsive disorder. *Early Intervention in Psychiatry, 12*(4), pp. 572-577. doi:10.1111/eip.12535
- Cordioli, A. V. (2014). O TOC e as suas manifestações. Em A. V. Cordioli, *Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo* (2ª ed., pp. 13-32). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V., Vivian, A. S., & Braga, D. T. (2017). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas* (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., . . . Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology, 29*(4), pp. 549-565. doi:10.1016/j.euroneuro.2019.02.002
- Foa, E. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*(2), pp. 199-207.

- Fornaro, M., Gabrielli, F., Albano, C., Fornaro, S., Rizzato, S., Mattei, C., . . . Fornaro, P. (2009). Obsessive-compulsive disorder and related disorders: A comprehensive survey. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-13. doi:10.1186/1744-859X-8-13
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), pp. 594-602.
- Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 257-267. doi:10.1016/j.psc.2014.06.004
- Grados, M. A. (2003). Obsessive-compulsive disorder after traumatic brain injury. *International Review of Psychiatry*, 15(4), pp. 350-358. doi:10.1080/09540260310001606737
- Greist, J. H., Bandelow, B., Hollander, E., Marazziti, D., Montgomery, S. A., Nutt, D. J., . . . Anxiety, W. C. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS Spectrums*, 8(1), pp. 7-16. doi:10.1017/s1092852900006908
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder advances in diagnosis and treatment. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 317(13), 1358-1367. doi:10.1001/jama.2017.2200
- Kashyap, H., & Abramovitch, A. (2021). Neuropsychological research in obsessive-compulsive disorder: current status and future directions. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsy.2021.721601
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B., & Association, A. P. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), pp. 5-53.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), pp. 229-238. doi:10.1586/ern.11.200
- Mahjani, B., Bey, K., Boberg, J., & Burton, C. (2021). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 51(13), pp. 2247-2259. doi:10.1017/S0033291721001744
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- Moheb, N., Charuworn, K., Ashla, M. M., Desarant, R., Chavez, D., & Mendez, M. F. (2019). Repetitive behaviors in frontotemporal dementia: compulsions or impulses? *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 31(2), pp. 132-136. doi:10.1176/appi.neuropsych.18060148
- Molano-Eslava, J. C., Iragorri-Cucalón, A., Ucrós-Rodríguez, G., Bonilla-Jácome, C., Tovar-Perdomo, S., Herin, D. V., & Orozco-Cabal, L. (2008). Obsessive-

- Compulsive disorder symptoms in Huntington's disease: a case report. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(4), pp. 644-654. doi:10.1901/jaba.2008.37-644
- Mroczkowski, M. M., Goes, F. S., Riddle, M. A., Grados, M. A., Bienvenu, O. J., Greenberg, B. D., . . . Samuels, J. F. (2011). Separation anxiety disorder in OCD. *Depression and Anxiety*, 28(3), pp. 256-262. doi:10.1002/da.20773
- Nur, N. S., & Harun, M. (2019). Variation in neoplasm in relation with production of different types of obsession and compulsion. *Cancer Clinics Journal*, 1(1005), pp. 16-18.
- Ornell, F., Braga, D. T., Bavaresco, D. V., Francke, I. D., Scherer, J. N., von Diemen, L., & Kessler, F. (2021). Obsessive-compulsive disorder reinforcement during the COVID-19 pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), pp. 81-84. doi:10.47626/2237-6089-2020-0054
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, pp. 156-169. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.003
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, pp. 58-69. doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.003
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), pp. 793-802. doi:10.1016/s0005-7967(97)00040-5
- Rapp, A. M., Bergman, R. L., Piacentini, J., & McGuire, J. F. (2016). Evidence-based assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of central nervous system disease*, 8, pp. 13-19. doi:10.4137/JCNSD.S38359
- Richter, P., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY), 828-844. doi:10.1212/CON.0000000000000603
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), pp. 259-264. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.005
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *The British Journal of Psychiatry, Supplement (35)*, pp. 53-63.
- Soomro, G. M., Altman, D., Rajagopal, S., & Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi:10.1002/14651858.CD001765.pub3
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C., Shavitt, R. G., . . . Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-46. doi:10.1038/s41572-019-0102-3

- Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Rapoport, J. L. (2004). The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics*, *113*(4), pp. 907-911. doi:10.1542/peds.113.4.907
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., Leonard, H. L., Ayoub, E. M., Hosier, D. M., & Wald, E. R. (1989). High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *The American Journal of Psychiatry*, *146*(2), pp. 246-249. doi:10.1176/ajp.146.2.246
- Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J., . . . Pagsberg, A. K. (2020). Systematic review and meta-analysis: Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *59*(1), pp. 64-77. doi:10.1016/j.jaac.2019.08.480
- Veale, D., & Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *BMJ (Online)*, *348*, 1-6. doi:10.1136/bmj.g2183
- Wheaton, M. G., Galfalvy, H., Steinman, S. A., Wall, M. M., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2016). Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? *Behaviour Research and Therapy*, *85*, pp. 6-12. doi:10.1016/j.brat.2016.07.010
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *43*, pp. 103-113. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.001