

PSICOPATOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES OBSESSIVO-COMPULSIVAS

ÍNDICE

I – EVOLUÇÃO HISTÓRICA	6
1.1. Dos primórdios à autonomização da entidade mórbida obsessiva	6
1.2. Modelo psicanalítico	8
1.3. Modelo comportamentalista	8
1.4. Modelo cognitivo	9
1.5. Modelo biológico	10
II – EPIDEMIOLOGIA E HISTORIA NATURAL	11
2.1. Prevalência	11
2.2. Género	11
2.3. Estado civil	12
2.4. Posição ordinal	12
2.5. Factores culturais	12
2.6. Idade de início	13
2.7. Acontecimentos vulnerabilizantes	13
III – FENOMENOLOGIA DA DOENÇA OBSESSIVO – COMPULSIVA	14
3.1. Obsessões	14
3.2. Compulsões	15
3.2.1. Compulsividade vs impulsividade	16
3.3. Tipologias clínicas	17
3.3.1. Contaminação	18
3.3.2. Dúvida patológica	19
3.3.3. Obsessão de impulso	19
3.3.4. Lentificação obsessiva primária	19
3.3.5. Necessidade de simetria	20
3.3.6. Obsessões somáticas	20
IV – PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO OBSESSIVO	21
4.1. Perturbações de imagem e experiência corporal	22
4.1.1. Relação com perturbação somatoforme e perturbação dissociativo	22
4.1.2. Relação com espectro delirante	22
4.2. Perturbações do comportamento alimentar	23
4.3. Perturbação do controle de impulsos	24
4.3.1. Jogo patológico	24
4.3.2. Tricotilomania	25
4.3.3. Compulsões sexuais	25
4.3.4. Oniomania	26
4.4. Perturbação de Gilles de la Tourette	26
4.5. Perturbações de personalidade	27
4.6. Perturbações neurológicas	28
V – CONCLUSÃO	29
VI – BIBLIOGRAFIA	30

I – EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A explicação etiológica da Perturbação obsessivo-compulsiva tem variado ao longo dos tempos em função dos contextos histórico-epistemológicos. Na Idade Média e até ao séc. XVIII prevaleceram as explicações místico-sobrenaturais, ocorrendo depois, em termos científicos, um longo processo de autonomização do processo mórbido. Dentro deste longo e acidentado percurso, destacamos algumas das etapas mais importantes, visando uma compreensão lógica da evolução dos diversos modelos explicativos.

1.1. Dos primórdios à autonomização da entidade mórbida obsessiva

O significante Obsessão, deriva do latim *obsessio/obsidere* cujo significado primitivo era “cerco” ou situação “de estar cercado”. Durante a Idade Média, a semântica foi alvo de alterações, passando a adoptar-se a designação “*obsessão*”, conceito que na época detinha uma significação relacionada com possessão demoníaca, veja-se o exemplo no século XV, o *Maleus Maleficarum* (Sprengler, 1489), usado pelo Santo Ofício, descreve o caso de um padre que sempre que se ajoelhava perante a imagem da Virgem Maria, sentia uma malévola força perturbadora e incontrolável que o compelia a verbalizar obscenidades.

As alterações comportamentais e psicológicas, mais notórias e bizarras, eram explicadas à luz de fenómenos de índole sobrenatural e religiosa, caindo frequentemente sob a alçada das autoridades eclesiásticas que aplicavam um tratamento congruente com a concepção religiosa.

A partir dos finais do século XVIII, os fenómenos obsessivos (ainda não designados como tal) começam a ter a sua conceptualização progressivamente deslocada da capa religiosa para o campo científico da Psiquiatria, que começa então a dar os primeiros passos como disciplina médica. O primeiro uso da designação Obsessão dentro do seu actual sentido, ocorreu neste mesmo período, por Wartburg em 1799 (Ruiloba,1991).

No século XIX as primeiras contribuições para o conceito de Obsessão e Compulsão, provêm de autores germânicos e franceses de grande mérito (Berrios, 1997). Phillipe Pinel, entre outros, fornece claras descrições clínicas, que à luz de uma interpretação mais actual, constituiriam fenómenos obsessivos, na altura incluídos na vaga e genérica categoria de *manie sans délire*. Um pouco mais tarde, na obra de Esquirol, aluno e sucessor de Pinel no *Hôpital de La Salpêtrière*, estão também descritas representações mentais que se impõem ao indivíduo contra a sua própria vontade, guardando este, lúcida consciência da sua natureza patológica.

Na segunda metade do séc.XIX, a fisionomia clínica das Obsessões começa a tomar forma mais definida, embora com as mais variadas designações: o *délire émotif* de Morel, a *vertige mental* de Lasègue, as *impulsions intellectuelles* de Ball e as *obsessions* (finalmente) de Luys. Tratava-se já de representações mentais que, de modo abrupto ou insidioso, por vezes ligados a acontecimentos externos, se impunham ao indivíduo de forma irresistível, evocando elevada angústia e despertando intensa, mas ineficaz, luta interna.

Também os autores alemães deram um importante contributo para a nosologia dos estados obsessivos, nomeadamente Donath (1896) que usa o termo *anancasmus* para designar os *Estados Obsessivos Idiopáticos* e Westphal (1878) que propõe a seguinte definição para este tipo de representações mentais: *“Ideias parasitas, as quais, com a inteligência intacta e sem um estado emotivo, surgem na consciência, impõem-se contra a sua vontade, interpõem-se às ideias normais e são sempre reconhecidas pelo enfermo como estranhas ao seu Eu”*.

É na viragem do séc. XIX que a organização do campo das *Neuroses* se retira definitivamente ao domínio da Neurologia, estabelecendo-se como campo específico da Psiquiatria e fornecendo à doença obsessiva a sua topologia específica. Na *Psicastenia* de Pierre Janet o autor avança a hipótese de uma deficiência no que designa por *função do real*, definida como *“l’appréhension de la réalité par la perception ou l’action”* (1909). A *Neurose Obsessiva* de Sigmund Freud (1896) tem importância incisiva e duradoura na conceptualização da doença pelas minuciosas descrições clínicas e pelas suas pertinentes concepções teóricas.

É interessante notar que, no denominado *Espectro da Perturbação Obsessivo-Compulsiva* (Hollander, 1993), se incluem várias das manifestações clínicas atrás citadas.

1.2. Modelo psicanalítico

Através do seu olhar psicanalítico, Freud legou-nos relatos de grande riqueza clínica. O seu novo modelo explicativo para os fenómenos de natureza obsessiva, baseia-se na teoria dos estádios sexuais e nas noções de regressão da *Libido* e do *Eu*. Segundo este autor, a Neurose Obsessiva derivaria de uma “falha no período edipiano”, com regressão ao estádio sádico-anal e conseqüente predomínio das relações actividade-passividade-agressividade. Na sua perspectiva, o carácter e a clínica do doente obsessivo seriam resultado do compromisso estabelecido entre as pulsões reprimidas e intensas proibições introjectadas na forma de uma moralidade estrita.



A tríade básica da Personalidade Obsessiva definida por Freud (grande tendência à ordem, parcimónia próxima da avareza e obstinação capaz de evocar oposição agressiva) permanece como contributo válido consagrado nas classificações psiquiátricas contemporâneas.

1.3. Modelo comportamentalista

Os teóricos do comportamentalismo desenvolveram um modelo que visa explicar a génese dos fenómenos da patologia ansiosa em geral e, da obsessiva em particular: o denominado Modelo bi-factorial ou Teoria dos dois factores de Mowrer (1939), aplicado por Dollard e Miller (1950) aos comportamentos obsessivo-compulsivos.

Segundo este modelo, num primeiro estado, baseado no condicionalismo clássico, um estímulo previamente neutro, condiciona-se ao associar-se a outro estímulo (*incondicionado*), que de forma inata, produz ansiedade ou inquietação. O estímulo (*já condicionado*) passa a adquirir as mesmas propriedades aversivas e ansiógenas que o estímulo incondicionado inicial.

Este mecanismo poderá ser útil para a compreensão das fobias, mas parece-nos insuficiente na génese das obsessões, em que nem sempre se encontram situações justificativas do condicionamento.

Numa segunda etapa, funciona o paradigma do Reforço Negativo segundo o qual, uma vez instalado o condicionamento, se produzem novas respostas (*comportamento de fuga ou de evitamento*) que o indivíduo aprende a adoptar no sentido de esbater a ansiedade que os estímulos condicionados lhe induzem. No caso particular do doente obsessivo-compulsivo, o doente usualmente entra em estado de activação que lhe gera tensão emocional de intensidade e duração variáveis e acaba por aprender a desenvolver e emitir comportamentos compulsivos (de evitamento), organizados de forma ritualística, que reduzem temporariamente a ansiedade experimentada. Se estes comportamentos redutores de "estado de tensão emocional" tiverem êxito em termos de esbatimento de ansiedade obsessiva, são então reforçados, perpetuando a *Hipótese da Redução da Ansiedade*. O comportamento ritualístico preserva a resposta de medo, enraizando-se.

1.4. Modelo cognitivo

O interesse pelos aspectos cognitivos dos pacientes obsessivo-compulsivos é relativamente recente. Este modelo sugere que a problemática dos quadros obsessivos é centrada na tendência destes pacientes fazerem interpretações erróneas e assumirem atitudes através de condutas (lavagens, ordenação...) ou rituais mágicos de pensamento.

Recentemente, Salkovskis (1999) propôs um modelo cognitivo da Perturbação Obsessiva, no qual sugere que a distinção entre os pensamentos intrusivos (presentes em 90% da população) de indivíduos saudáveis e de indivíduos obsessivos, passa pela interpretação que os pacientes fazem, no sentido de assumir a responsabilidade das cognições e a sua prevenção, gerando uma série de consequências

negativas: ansiedade, depressão, focalização no estímulo ansiógeno e tentativa de neutralização do pensamento intrusivo através de outros pensamentos ou rituais.

De facto, a temática emergente da representação cognitiva ajudou a incluir formulações e intervenções terapêuticas combinadas, com base em teorizações concorrentes de que, à semelhança de outros transtornos do comportamento, também os doentes obsessivo-compulsivos apresentariam pensamentos organizados em esquemas que corresponderiam a unidades estruturais mais básicas, estáveis e profundas do funcionamento psíquico.

1.5. Modelo biológico

A visão desta doença como perturbação “psicológica” manteve-se ao longo do séc. XX, mercê das contribuições de outros modelos, tais como os comportamentais e posteriormente, os cognitivos. Desde há menos de duas décadas, os avanços ocorridos nos múltiplos campos da ciência e da técnica médicas, determinaram a viragem de um paradigma predominantemente psicológico para um paradigma biológico.

Os primórdios das teorias biológicas sobre a doença obsessiva surgem na década de 20, data em que a epidemia de Encefalite Letárgica europeia terá permitido a observação de sequelas neuropsiquiátricas que seriam sobreponíveis a autênticas manifestações obsessivas.

Este modelo defende a presença de anomalias na função/estrutura de regiões cerebrais específicas, demonstráveis por estudos imagiológicos e funcionais. A Perturbação Obsessivo-Compulsiva deverá ser uma patologia cujo substrato poderá residir na disfunção de áreas cerebrais específicas, entre as quais se destacam o córtex orbitofrontal e cingulado anterior, bem como elementos dos núcleos de base (núcleo caudado) e estruturas límbicas.

De referir a existência de uma vasta bibliografia demonstrando a importância de aspectos neuroanatômicos, neurofisiológicos, bioquímicos e neuroendócrinos na génese desta doença (Ruiloba e Berrios, 1995).

II – EPIDEMIOLOGIA E HISTÓRIA NATURAL

Nas últimas décadas assistimos a um crescente conhecimento da Doença obsessivo-compulsiva, tanto ao nível dos factores etiopatogénicos e clínicos como também terapêuticos. O facto de sabermos hoje que esta patologia é mais frequente do que inicialmente se pensaria, contribuiu para o incremento do seu estudo, como se depreende pelo grande número de publicações que se sucederam nos últimos anos.

2.1. A Prevalência real da doença obsessivo-compulsiva na população geral é, na realidade, desconhecida. Em estudos anteriores à década de oitenta, esta perturbação era relativamente rara, com uma prevalência de cerca 0,05% (Rudin, 1953). Mais recentemente, alguns estudos epidemiológicos (Karno e Golding, 1991; Weissman, 1993) apresentaram valores de prevalência muito superiores ao inicialmente estimado, com importantes variações geográficas, que se assinalam no seguinte mapa:

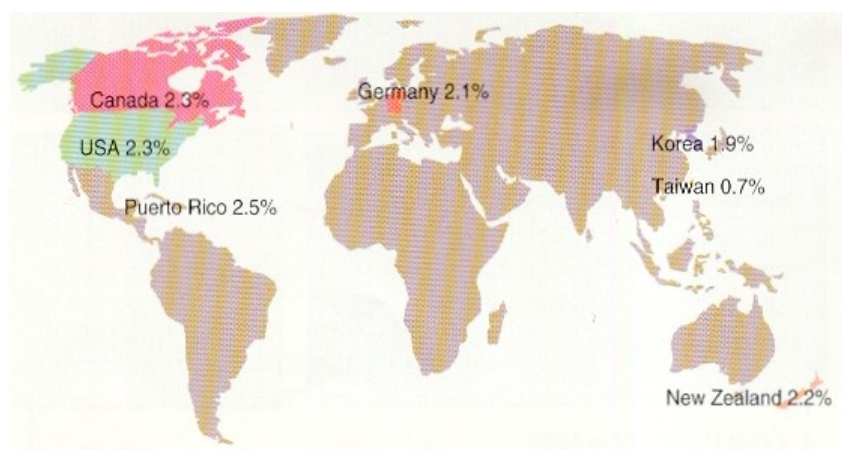


Figura 1 – Prevalência de Doença Obsessiva-Compulsiva no mundo (Weissman, 1994)

2.2. Género: A prevalência da doença não parece diferir significativamente em ambos os sexos, sugerindo-se, pela publicação de Rasmussen (1992), uma ligeira predominância do sexo feminino com cerca de 53,8% dos casos, frente a 47,2% de elementos do sexo masculino.

2.3. Estado civil: É aceite que estes pacientes apresentam dificuldades no ajustamento marital, constando-se que permanecem solteiros numa elevada percentagem (Rudin, 1953). Nesta óptica, os valores de celibato descritos para este quadro clínico são elevados e oscilam entre 37% a 50%, curiosamente sempre mais elevado nos homens (Hodgson, 1980).

Também nos indivíduos casados há incidência de conflitos conjugais consequentes a factores relacionados com a doença. De facto, estudos epidemiológicos recentes sugerem o estabelecimento de uma estreita relação entre a doença obsessivo-compulsiva, a separação e o divórcio (Karno, 1988).

2.4. Posição ordinal: Vários estudos investigaram a influência que a posição ordinal na fratria poderá ter no desenvolvimento desta doença, geralmente com resultados pouco conclusivos. Kayton e Borge (1967) salientam que estes doentes são mais frequentemente primogénitos ou filhos únicos e McKeon (1983) comprova um aspecto importante: *“os filhos primogénitos de doentes com doença obsessivo-compulsiva tendem a apresentar mais sintomas obsessivos em relação aos que nascem depois deles”*.

Em 1982, Rasmussen sugere que a rigidez e ansiedade dos pais poderia influir no desenvolvimento da doença e que tais factores teriam maior intensidade para o primeiro filho e diminuiriam para a sucessiva descendência.

2.5. Factores culturais: a aprendizagem social bem como os factores ambientais e culturais, parecem ter um importante papel na patoplastia da doença; várias publicações (Rasmussen, 1992) demonstram a associação a educações em meios rígidos com reforço de comportamentos como a ordem, a limpeza e os valores morais.

2.6. Idade de início: este factor é considerado como um indicador potencialmente capaz de fornecer pistas pertinentes sobre a etiologia da doença, ou mesmo sobre factores de risco específicos.

Os estudos apontam para o eclodir da doença no início da idade adulta e cerca de 65% dos casos deverão ter início antes dos 25 anos de idade.

Para Arts *et al* (1995) a idade de início pode ter implicações para a própria fenomenologia: no subtipo *tardio* predominariam as obsessões em contraposição aos casos de início mais *precoce*, predominantemente compostos por indivíduos com sintomas compulsivos.

2.7. Acontecimentos vulnerabilizantes: A doença obsessivo-compulsiva parece ser mais frequente em indivíduos com condições desfavoráveis (ruptura conjugal, dependência financeira, desemprego,...), no entanto, em termos de causa-efeito, a relação existente entre os acontecimentos de vida negativos e a doença obsessivo-compulsiva não é tão evidente como acontece, por exemplo na depressão.

Os factores vulnerabilizantes vividos num passado recente poderão tornar o indivíduo mais susceptível ao aparecimento da doença, Pollit (1957) estima que 66% dos casos aparecem associados a um destes factores.

Os problemas sexuais e matrimoniais, bem como o luto recente são os motivos mais frequentemente encontrados, seguidos dos problemas laborais, gravidez e parto ou qualquer mudança no estilo de vida que resulte em aumento dos níveis de responsabilidade (Rachman, 1980).

III – FENOMENOLOGIA DA DOENÇA OBSESSIVO-COMPULSIVA

3.1. Obsessões

Os fenómenos de natureza obsessiva têm como características comuns o seu carácter intrusivo e inapropriado ("egodistónico"). Para o sujeito a obsessão é estranha, desagradável e fora do seu controlo, reconhecida como produto da sua mente, emanando de si próprio e não imposta exteriormente distinguindo-se assim da *Inserção do Pensamento*.

Os pensamentos obsessivos podem constituir-se por ideias, imagens ou impulsos repetitivos que invadem o campo de consciência do indivíduo, sendo por isso intrusivos e geralmente perturbadores. Habitualmente, o indivíduo com obsessões tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou acção (Compulsões).

Woodruff e Pitts (1964) consideram seis tipos de obsessões: ideias, imagens, convicções, ruminações, impulsos e medos. As ideias de natureza obsessiva correspondem a pensamentos repetitivos, susceptíveis de interromper o normal curso do pensamento, podendo surgir sob a forma de palavras, frases ou rimas, de conteúdo absurdo, violento, blasfemo, etc.

As imagens obsessivas consistem em representações imagéticas, fulgurantes e repetitivas, frequentemente descritas como violentas e repulsivas; as convicções obsessivas são pensamentos muitas vezes de carácter mágico: “...se não mexer a colher três vezes, a minha mãe morre...”.

As ruminções obsessivas são intermináveis e inconclusivos pensamentos sobre questões que não obtêm qualquer resposta e envolvem considerações intermináveis e *quasi-filosóficas*; os impulsos obsessivos envolvem principalmente a preocupação de poder vir a cometer um acto nocivo, imoral ou agressivo; os medos obsessivos, embora de certo modo similares às fobias, envolvem mais tipicamente temas relacionados com a contaminação e a sujidade.

Uma importante característica das obsessões é que o doente tenta (na maioria das vezes sem sucesso) opor resistência a estes pensamentos. Para Lewis (1936) esta propriedade de *despertar luta interna* onde individualmente tenta activamente resistir à intrusão desses pensamentos na consciência, é uma característica fundamental da doença obsessiva.

Pelo contrário, Kurt Schneider atribui mais importância ao facto do doente reconhecer o carácter absurdo das suas obsessões (a questão da *Crítica*).

Para Hodgson (1990): “a ocorrência de resistência é uma característica confirmatória, mas as características necessárias e suficientes para definir o pensamento, impulso ou imagem como obsessivo, são a intrusividade, a indesejabilidade, a atribuição interna e a falta de controlo.”



O doente obsessivo vivencia a representação obsessiva como produto da sua própria mente e este carácter de reconhecimento de vivência própria (*“insight”*) é, sem dúvida, fundamental para a distinção com as vivências “impostas” do exterior, tal como nas situações psicóticas.

3.2. Compulsões

Os actos ou rituais compulsivos são comportamentos repetitivos (ex.: lavagem das mãos) ou actos mentais (ex.: rezar, contar, cantar). Não são, em si mesmos, agradáveis para o doente e o seu objectivo é evitar ou reduzir a ansiedade ou mal-estar que acompanha a obsessão, ou mesmo prevenir um acontecimento temido.

Habitualmente este tipo de comportamento é reconhecido como excessivo, ineficaz e sem sentido, pelo que o indivíduo faz repetidas tentativas para lhes resistir. Contudo, em casos de longa evolução, a resistência às compulsões pode ser mínima, quando o doente se rende definitivamente aos seus próprios rituais compulsivos.

Para Gomes de Araújo (1985): "... ser obsessivo é um modo de ser que se torna um modo de existir..."

Na clínica, as obsessões e compulsões geralmente apresentam-se associadas, contudo 20-30% dos pacientes sofrem de obsessões puras sem compulsões (Insel, 1984).

3.2.1 Compulsividade vs impulsividade

Desde que Henry Ey em 1952, destacou como características próprias das condutas impulsivas: o *automatismo*, a *endogenecidade* e a *incoercibilidade*, novas qualidades lhes foram associadas, tais como a *consciência do absurdo* do fenómeno e a sua *perseverança*. Apesar destas duas últimas características serem comuns aos pacientes obsessivos, Goldstein (1924) assinalou a tendência perseverativa mais intensa e menos selectiva nos pacientes impulsivos, que vivenciam o fenómeno como totalmente alheio resultando numa menor luta frente a ele.

De referir que o *impulso* representa uma imperiosa e por vezes irresistível necessidade de acção, que empurra o sujeito a cometer actos irracionais, por vezes brutais e perigosos, sem resistência por parte do indivíduo. O acto impulsivo é rápido e irreflectido, o que supõe uma descarga pulsional directa enquanto que o *acto compulsivo* (próprio do paciente obsessivo) resulta de um compromisso muito elaborado entre defesa e pulsão.

O tema da Compulsão e Impulsão adquiriu grande relevância recentemente, quando ambos os fenómenos foram interpretados como opostos de um mesmo *continuum* (Espectro Obsessivo), no qual a Impulsividade e as condutas dele derivadas (compulsões sexuais, cleptomania, ludopatias, etc.) surgem com défice de controlo, desinibição, procura de risco e prazer, escasso receio do perigo e pouca ansiedade antecipatória, enquanto que a Compulsividade e suas condutas secundárias (perturbação obsessivo-compulsiva, hipocondria, dismorfofobia...) seriam caracterizadas por excessivo controlo, evitamento do perigo e ansiedade antecipatória marcada (Oldhan 1996).

A importância etiopatogénica destes fenómenos reside no facto dos actos impulsivos estarem relacionados com hiperfuncionalidade biológica, frente à situação de hipofuncionalidade subjacente às compulsões (Vallejo, 1995), tal como demonstrado no seguinte quadro:

	Compulsão	Impulsão
Fenómeno básico	Cognitiva (dúvida)	Motor
Fenómenos secundários	Rituais	Actos automáticos
Resistência ao fenómeno	+	-
Patologia biológica	Córtex	Subcortical
Fenómeno biológico	Inibição	Excitação
Neurotransmissores	5-HT/NA	DA
Resposta Terapêutica	Antidepressivos	Neurolépticos

Características diferenciais entre compulsão e impulsão (Vallejo, J., 1992)

3.3. Tipologias clínicas

A doença obsessivo-compulsiva pode manifestar-se por uma ampla pluralidade de sintomas, que afectam diferentes funções psíquicas. Ao longo da história, vários autores delimitaram subgrupos de fenómenos obsessivos (Ingram, 1961; Hodgson, 1977) o que veio facilitar o estudo das correlações entre obsessão, compulsão, resistência e consequências em cada um dos subgrupos.

Neste trabalho, destacamos o estudo de Insel (1984), onde o autor referenciou os grupos que passamos a descrever:

Obsessão	Compulsão	Luta Ansiosa	Frequência	Características adicionais
Contaminação	Lavagem	Moderada	50%	Comportamento de evitamento
Dúvida Patológica	Verificação	Grave	25%	Vivências de culpabilidade
Obsessão de Impulso	Ausente	Grave	15%	Comportamento Secreto
Lentificação Obsessiva Primária	Ausente	Ligeira	10%	Modelagem de Conduta

Características diferenciais entre compulsão e impulsão (Vallejo, J., 1992)

3.3.1. Contaminação: as obsessões de contaminação são mais frequentes no sexo feminino (86%) e estão entre as mais frequentemente observadas (50% do total); envolvem preocupações genéricas com sujidade e "*micróbios*" ou medos de contaminação de carácter mais específico. A categorização dos objectos em *seguros* ou *perigosos*, geralmente segue padrões ilógicos ou aleatórios.

Os doentes com obsessões de contaminação, além de *rituais compulsivos de lavagem*, podem envolver-se em múltiplos comportamentos *de protecção e de evitamento*, por vezes acentuadamente limitativos do funcionamento e campo existencial do indivíduo.

Os *rituais de neutralização ou reparação* (lavagens do próprio e do meio) podem mesmo ser notoriamente invasivos e incapacitantes; o indivíduo pode temer de tal forma a sujidade que até a sua família pode ser repetidamente submetida a intermináveis rituais de purificação.



3.3.2. Dúvida patológica: os doentes com dúvidas de natureza obsessiva são mais vulgarmente do sexo masculino. Têm manifestas e constantes preocupações relacionadas com a possibilidade de acontecer algo temível em consequência dum eventual descuido seu. Usualmente, esta dúvida determina a realização de *rituais de verificação* e também de *comportamentos de evitamento*. A certeza absoluta nunca é alcançada e os doentes sentem-se obrigados a voltar constantemente atrás, com o objectivo de verificar se, de facto, fecharam o gás, se não atropelaram ninguém, etc.

Em última análise, a dúvida patológica constitui o verdadeiro núcleo de toda a fenomenologia obsessiva.

3.3.3. Obsessão de impulso: o doente é vítima de receios angustiantes de, de forma irresistível e involuntária, poder cometer um acto incongruente, repugnante, imoral (ex. proferir obscenidades num acto religioso) ou criminoso. Esta qualidade de *medo do impulso* determinou que, no passado, esta manifestação obsessiva fosse designada de Fobia de Impulso. Dada a natureza do seu conteúdo, este é talvez o tipo mais perturbador de obsessões, na medida em que os doentes tendem a envolver-se em *rituais de verificação e segurança*, solicitando a tranquilização de outros para se certificarem que os seus actos realmente não ocorreram.

3.3.4. Lentificação obsessiva primária: inicialmente descrito por Rachman (1974); trata-se de um pequeno subgrupo (cerca de 10% do total) cuja conduta patológica é caracterizada pela extrema lentidão e escassa ansiedade. Todas as actividades diárias são usualmente executadas de forma lenta e minuciosa. Para Rasmussen e Eisen (1991), estes doentes têm obsessões em relação ao passar do tempo e controle do mesmo.

De referir ainda os seguintes tipos de conteúdos de obsessões:

3.3.5. Necessidade de simetria – esta designação refere-se à necessidade de ordenar, de arrumar. Os pacientes com este tipo de obsessão, referem sentir-se compelidos a repetir determinado acto motor até sentir que foi bem feito.

Os doentes com necessidade de simetria também podem apresentar *lentificação obsessiva*, levando horas a desempenhar determinada tarefa (caso de um doente que gastava cerca de duas horas a escovar os dentes, sempre de modo simétrico).

3.3.6. Obsessões somáticas – a atenção excessiva com a possibilidade de estar/ficar doente leva a que, em função de vulnerabilidades pré-existentes, os doentes desenvolvam *comportamentos repetitivos de verificação* de partes do corpo e *rituais de segurança*, que muitas vezes consistem na procura frequente de exames complementares de diagnóstico e de opinião médica tranquilizadora.

Daqui se depreende a dificuldade de distinção clara entre o doente obsessivo-compulsivo com obsessões somáticas e o hipocondríaco – Ver *Perturbações do Espectro Obsessivo*.

IV – PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO OBSESSIVO

As obsessões e compulsões são condição *sine qua non* da doença obsessivo-compulsiva; no entanto, uma organização cognitiva obsessiva e rituais compulsivos podem também ser encontrados noutros perturbações que partilham entre si propriedades comuns, tais como: sintomas, curso clínico, comorbilidade, presumível etiologia, transmissão familiar e resposta selectiva ao tratamento – *Perturbações do Espectro Obsessivo* (Hollander, 1993; Simeon, 1994).

A existência de denominadores comuns entre estas várias perturbações, sugere a sobreposição com a perturbação obsessivo-compulsivo. A formulação do Espectro Obsessivo não equivale a afirmar que essas perturbações constituam formas de doença obsessivo-compulsiva, mas constitui uma interessante hipótese a investigar, nomeadamente a etiologia dessas alterações.

4.1. Perturbações de imagem e experiência corporal

4.1.1. *Relação com perturbação somatoforme e perturbação dissociativo*

A imagem e experiência subjectivas do corpo, podem alterar-se de diversos modos e o indivíduo pode apresentar preocupações com a sua aparência ou manifestas sensações de alteração da percepção de si próprio.

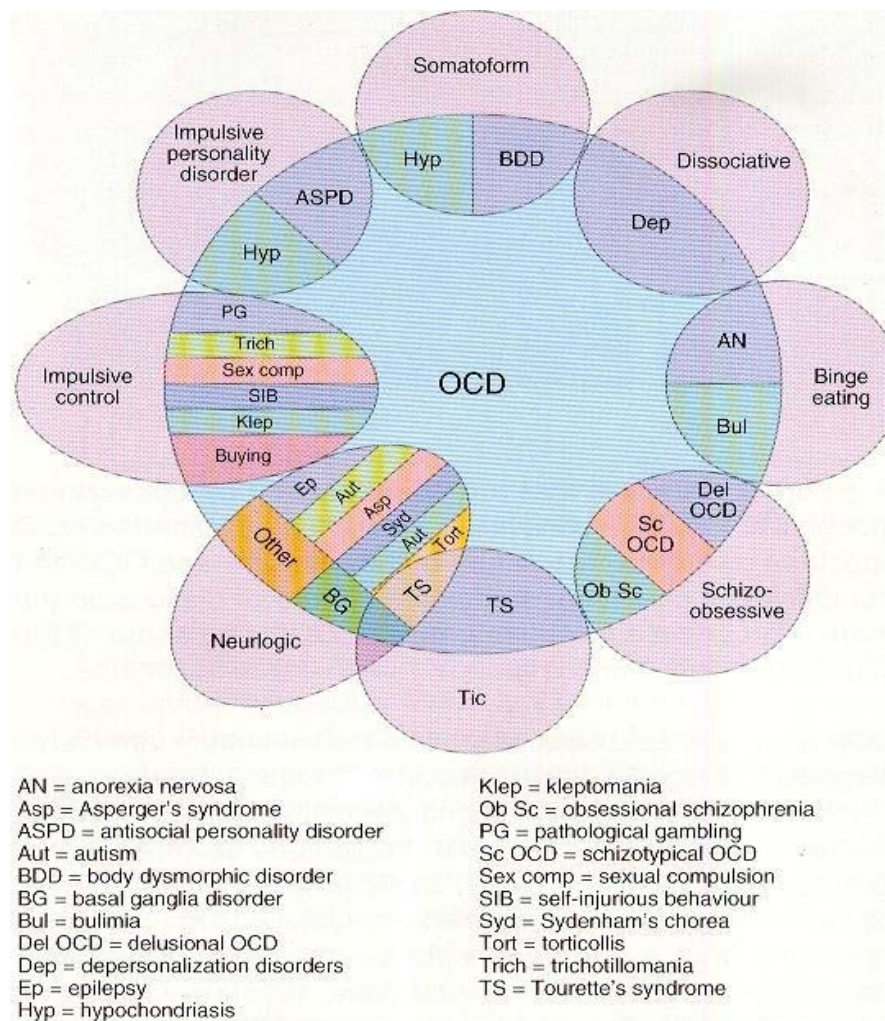


Figura 2 Perturbações do Espectro Obsessivo (Hollander, 1995)

Tais vivências formam o núcleo sintomático das perturbações dismórfico-corporal (perturbação somatoforme) e de despersonalização (perturbação dissociativa).

O princípio organizativo comum é a preocupação obsessiva relacionada com defeitos corporais ou com a percepção de alterações sensório-corporais, muitas vezes acoplada a *comportamentos de verificação compulsivos* (ex: verificação no espelho) e *de evitamento* (o doente evita as situações nas quais o defeito ficaria mais visível).

Visto que os sintomas se relacionam com a imagem corporal, os sentimentos de vergonha e de baixa auto-estima são frequentes; a Fobia Social e a Depressão constituem situações clínicas de comorbilidade frequente.

4.1.2. Relação com espectro delirante

A relação com a Perturbação Delirante de tipo Somático assenta na *ideia de intensidade delirante*, em que o tema central do delírio envolve funções ou sensações corporais. Para Hollander (1989) as duas patologias podem ser colocadas ao longo de um *continuum*, no qual os pacientes que ocupam o extremo da certeza delirante, correspondem aos doentes actualmente classificados com o diagnóstico de Perturbação Delirante Somática.

No passado alguns autores defenderam a continuidade psicopatologia entre Doença Obsessivo-Compulsiva e Esquizofrenia, entendendo as obsessões como sinal preliminar de Esquizofrenia. Rudin (1953) refere que entre 1 a 10% dos pacientes obsessivos iriam evoluir para quadros esquizofrénicos, mas Goodwin (1969), numa revisão da literatura, conclui que os doentes obsessivo-compulsivos não possuíam maior risco de desenvolver Esquizofrenia do que a população geral.

De referir que nos merece alguma reserva a qualificação de “psicótico” para o doente com défice no reconhecimento do carácter excessivo ou não razoável das suas próprias obsessões – dificuldade de delimitação entre *ideia sobrevalorizada* e *ideia delirante*.

Akiskal (1986) sugere que as *ideias delirantes* (certeza egosintónica) também podem surgir no decurso da Doença Obsessivo-Compulsiva.

Actualmente, a maioria dos investigadores, acredita na independência dos dois quadros clínicos.

4.2. Perturbações do comportamento alimentar

Os antigos estudos descritivos em doentes com Anorexia, referiam a tendência dos pacientes em ser rígidos, perfeccionistas e obsessivos (Palmer, 1939); para Dubois (1949) a designação Anorexia deveria mesmo ser alterada para “Neurose compulsiva com caquexia”.

Os sintomas de Anorexia apresentam semelhanças consideráveis com as obsessões e compulsões: os doentes anorécticos têm pensamentos recorrentes, persistentes e intrusivos acerca da sua imagem corporal e do seu desejo de magreza; no entanto, não encaram esses pensamentos como absurdos e não tentam opor-lhe resistência.

Relativamente às compulsões, estes doentes apresentam muitas vezes *comportamentos de tipo verificação* (como pesagens e verificações no espelho); os próprios comportamentos alimentares podem ser *ritualizados* e semelhantes a compulsões, visto serem repetitivos, intencionais e surgirem em resposta a uma obsessão (ou pelo menos, a regras estereotipadas).

Em suma, estes comportamentos diferem das compulsões dos doentes obsessivo-compulsivos na medida em que não se efectua para neutralizar um desconforto e não são reconhecidos como absurdos ou excessivos.

4.3. Perturbações do controle de impulsos

As patologias da Perturbação do Controle de Impulsos partilham entre si as seguintes características:

1. Incapacidade de resistir ao impulso de executar o acto (mesmo sendo prejudicial para o próprio ou para os outros);

2. Sensação de activação ou tensão aumentadas, previamente à execução do acto;

3. Experiência de prazer, gratificação ou libertação de tensão, após execução do acto.

Para além destes pontos, é ainda marcante a tendência para a repetição dos comportamentos, apesar do indivíduo conhecer as suas potenciais consequências negativas.

Existem interessantes semelhanças entre a fenomenologia, biologia e tratamento da Doença Obsessivo-Compulsiva e as Perturbações do Controle de Impulsos. Neste trabalho, destacamos:

4.3.1. Jogo patológico – só recentemente foi autonomizado como doença psiquiátrica, tendo sido inicialmente caracterizada como “vício” ou comportamento aditivo. A característica essencial desta perturbação é a crónica e progressiva incapacidade de resistir ao impulso de jogar, que compromete a vida pessoal, familiar ou profissional.

Nesta patologia (tal como na doença obsessivo-compulsiva), a tensão e ansiedade geradas são aliviadas pela execução do comportamento, mas enquanto que as compulsões obsessivas são egodistónicas, no Jogo Patológico a execução do comportamento de jogar é acompanhada de sensação de prazer ou mesmo de euforia com fantasias de sucesso.

4.3.2. Tricotilomania – tal designação foi cunhada por um dermatologista francês, Hallpeau (1889) ao descrever um caso de alopecia resultante do acto de arrancar o cabelo. O termo é hoje aplicado a indivíduos que se sentem irresistivelmente compelidos a puxar os cabelos e quando o fazem, obtém uma diminuição transitória da ansiedade, que rapidamente é substituída por nova sensação de tensão interna e compulsão a repetir o comportamento (Swedo, 1991).

De forma semelhante aos obsessivo-compulsivos, estes pacientes descrevem uma notória ansiedade antes de realizar o acto, que é temporariamente atenuado pela sua realização.

Em contraste com as compulsões dos doentes obsessivo-compulsivos, na Tricotilomania os cabelos não são puxados em resposta a uma obsessão, mas em consequência do impulso irresistível para o fazer.

4.3.3. Compulsões sexuais – o comportamento sexual compulsivo indica actos (ou cognições) sexuais excessivos ou descontrolados, susceptíveis de causar perturbação subjectiva, prejuízo social ou ter consequências financeiras ou legais deletérias (Black, 1997). Hollander (1993) define *Obsessões Sexuais* como pensamentos sexuais intrusivos ou fantasias, habitualmente perturbadoras para o indivíduo, o qual pode sentir-se compelido a desempenhar algum ritual neutralizador desses pensamentos.

Tal como nos doentes obsessivo-compulsivos, os doentes com obsessões sexuais também sofrem de pensamentos ou impulsos intrusivos e angustiantes, sendo que os sintomas podem estar limitados a estes pensamentos sexuais ou podem envolver compulsões.



As *Compulsões Sexuais* diferem das compulsões do doente obsessivo-compulsivo no sentido em que as últimas carecem de sentido e causam desconforto, enquanto que as compulsões sexuais são muitas vezes vivenciadas como agradáveis, embora com consequências que possam causar sofrimento. Tanto as compulsões da doença obsessivo-compulsiva como as compulsões sexuais aliviam um afecto disfórico (ansiedade) (Rapoport, 1990).

4.3.4. Oniomania – o comportamento de comprar descontroladamente foi descrito por Kraepelin como "...*impulso patológico... mania das compras...*", alinhando o seu conceito ao anteriormente proposto por Esquirol de "*monomania*".

Tal como nas outras perturbações do controle de impulsos, os indivíduos com dificuldades no controle do comportamento de compras, referem impulsos repetitivos e irresistíveis, acompanhados de tensão emocional aumentada, que só é atenuada pelo próprio acto da compra, sendo o alívio pós-compra rapidamente constituído por um sentimento de culpa (Christenson, 1994).

Para McEhoy (1991), a Oniomania está relacionada com a perturbação obsessivo-compulsiva, dado que 85% dos doentes com comportamento de compras descontroladas, descrevem impulsos intrusivos, recorrentes e irresistíveis para comprar (semelhantes a obsessões). O acto da compra assemelha-se a uma compulsão, na medida em que surge em resposta a uma obsessão sobre compras, na tentativa de aliviar transitoriamente o desconforto psíquico gerado.

4.4. Perturbação de Gilles de la Tourette

A perturbação de Gilles de la Tourette é uma patologia caracterizada por tiques motores de vários tipos e/ou vocalizações complexas (Saraiva e Macedo, 1981). A frequência desta perturbação nos doentes com doença obsessivo-compulsiva é francamente superior à observada na população geral, com uma taxa aproximada de 7% (Rasmussen, 1991) e inversamente os doentes com perturbação de Gilles de la Tourette têm uma taxa de características obsessivo-compulsivas na ordem dos 30 a 40% (Robertson, 1988).

Embora estudos antigos (Frindel, 1907), já salientassem esta associação, é na década de 80 que surgem pesquisas rigorosas, do ponto de vista metodológico e Nee, em 1982, documenta a presença de sintomas obsessivos em 90% dos doentes com Gilles de la Tourette.

Dada esta elevada prevalência, colocou-se a hipótese da existência de uma relação etiológica entre as duas doenças; assim, a elevada taxa de tiques e de Gilles de la Tourette, entre os doentes com doença

obsessivo-compulsiva e seus familiares, é compatível com a hipótese que estas perturbações partilhem uma causa comum, o que faz da Perturbação de Gilles de la Tourette um componente do Espectro Obsessivo.

4.5. Perturbações da personalidade

Na explicação tradicionalmente aceite da doença obsessiva pela psicanálise, a Personalidade Obsessiva é encarada como o principal factor predisponente da neurose propriamente dita. Nesta teorização psicodinâmica da psicopatologia, enfatiza-se a existência de uma continuidade desde a Personalidade Obsessiva à Neurose Obsessiva. Esta conceptualização acabou por transbordar o campo psicodinâmico estrito, tornando-se uma crença clínica quase generalizada. Convém precisar que a crença da invariável ligação entre personalidade obsessiva e doença obsessiva começou a ser contestada e refutada por Pollack (1979).

Na década de 80 surgem vários trabalhos que se debruçam sobre a possível relação entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e as Perturbações de Personalidade, grande parte dos quais referem que mais de 50% dos doentes perturbação obsessivo-compulsiva preenchem os critérios diagnósticos para um ou mais perturbações de personalidade (Jenike, 1990).

Para Baer (1990), 52% dos doentes obsessivos preenchem critérios de perturbação de personalidade, dos quais os mais frequentes eram: Personalidade Dependente (12%), Personalidade Histrionica (9%) e Compulsiva (6%), seguidos da Personalidade Esquizotípica, Paranóide e Evitante (cada uma com 5%).

4.6. Perturbações neurológicas

Neste grupo de patologias o Espectro poderá incluir a Coreia de Sydenham, a Epilepsia, a Doença de Parkinson e o Autismo. Neste trabalho destacamos a relação da doença obsessivo-compulsiva com o Autismo.

Originalmente descrito por Kanner em 1943, o Autismo constitui uma grave perturbação neuropsiquiátrica que afecta o desenvolvimento social, comunicacional e cognitivo. O seu *núcleo compulsivo* caracteriza-se por movimentos corporais estereotípicos complexos, desejo de manter rotinas comportamentais fixas e interesses limitados e repetitivos.

Os autistas vivenciam ansiedade associada com a interrupção de rotinas, de alguma forma semelhante ao observado nos doentes obsessivo-compulsivos (Leventhal, 1992). No entanto, no Autismo, os doentes estão menos preocupados com temáticas de agressividade, contagens, simetrias ou queixas somáticas, revelando-se mais preocupados com repetições e ordenação, armazenamento e acumulação, tocar, bater ou revelar tendências de auto-mutilação (McDougle, em 1995).

V – CONCLUSÃO

A opção pela clássica Neurose obsessivo-compulsiva para tema deste trabalho surge pelo angustiante reconhecimento da sua limitante interferência nos ambientes familiar, social e profissional do paciente. Tal facto tem chamado, ao longo dos tempos, a atenção de inúmeros estudiosos de diversas áreas: os *psicanalistas* questionam o conteúdo sexual e agressivo do pensamento obsessivo, bem como o simbolismo dos seus rituais; os *comportamentalistas* interessam-se pelo estudo da aprendizagem pelos doentes, do modelo de redução da ansiedade; os *psicofarmacologistas* dão ênfase à frequente associação da patologia obsessivo-compulsiva com a patologia depressiva, destacando a redução da sintomatologia sob medicação apropriada; para os *defensores da teoria biológica* a lesão em determinadas áreas cerebrais pode produzir comportamentos compulsivos e a abordagem cirúrgica pode melhorar determinados casos de patologia obsessivo-compulsiva intratável.

Na nossa opinião são encorajantes e promissores os resultados produzidos pelas recentes abordagens interdisciplinares, sendo que o maior benefício terapêutico poderá resultar do estabelecimento da combinação de abordagens farmacológicas e psicológicas específicas para o tratamento e prevenção de recaída, não podendo deixar de dar ênfase a conjugação do uso de psicofármacos com metodologias da avaliação e intervenção derivadas de terapias comportamentais e cognitivas.

Embora o transtorno obsessivo-compulsivo seja reconhecidos há muito tempo, só recentemente se conhecem as suas principais manifestações, sabe-se que há quadros clínicos que pertencem ao mesmo espectro, há dados sobre a sua história natural e factores de bom ou mau prognóstico, mas, mais importante é o reconhecimento da existência de alcance terapêutico por técnicas psicofarmacológicas e psicoterapêuticas que poderão permitir a nossa válida intervenção.

VI – BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguera, J. (1991): *Manual de Psiquiatria Infantil*, 4ª Edc. Edt. Masson SA: Barcelona.
- *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. APA (2002). DSM- -IV-R. Edt. Masson, SA: Lisboa.
- Ballesteros, R.F. y Carroble, J.A.I. (1987): *Evaluación de las conductas obsesivas*, cap. 15 en *Evaluación Conductual*, 3ª Edición revisada. Edt. Pirámide: Madrid.
- Beck, A. et al (1983): *Terapia Cognitiva de la depresión*. Edt. Desclee de Brouwer: Bilbao.
- Beech, H.R. y Peigault, J. (1974): *Toward a theory of obsessional disorder*. Obsessional states, Mathuen, Londres, 1974.
- Bender, L. y Schilder, P. (1940): *Impulsions, specific disorder in children*. Arch. Neurol. Psychiat. 1940, 44, 990-1005.

- Bird, J. y Harrison, G. (1987): *Examination notes in psychiatry*. Wright: Bristol.
- Black, A. (1974): *The natural history of obsessional neurosis*. Obsessional states, Methuen: London.
- Gonçalves, O. (2000): *Obsessões e compulsões*. Quarteto: Coimbra.
- Jenike, M.A., Baer L.: *Obsessive-Compulsive Disorders*. 3ª Ed. Mosby: St Louis.
- Lopes, G. (Coord) (1985): *Curso de Psicopatologia*. Hospital do Conde de Ferreira: Porto.
- Montgomery, S. Y. Zohar J. (1999): *Obsessive Compulsive Disorder*. London.
- Ruiloba, V. (1995): *Estados Obsessivos*. 2ª Ed. Masson: Barcelona.
- Ruiloba, V. (2002): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. Masson: Barcelona.

Dulce Maia

Hospital de Magalhães Lemos – Porto, 2007