

Transtorno Obsessivo Compulsivo: Diagnóstico Diferencial

Autoria: Associação Brasileira de Psiquiatria

Elaboração Final: 30 de julho de 2009

Participantes: Torres AR, Shavitt RG, Miguel EC, Hounie AG, Ferrão YA, Chacon P, Fontenelle L, Gonzáles CH, Hoexter MQ, Petribu K, Prado H, Quarintini L, Sampaio A, Torresan RC, Andrada NC

As Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar, iniciativa conjunta Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Scopus e outras fontes de pesquisa, sem limite de tempo. Foram utilizados como descritores ou palavras-chave: “*obsessive-compulsive disorder*”, “transtorno obsessivo-compulsivo”, “*obsessive-compulsive symptoms*”, “sintomas obsessivo-compulsivos”, “*diagnosis*”, “diagnóstico”, “*differential diagnosis*”, “diagnóstico diferencial”. Foram revisados artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed), SciELO, “*tic disorders*”, “transtornos de tiques”, “*obsessive-compulsive personality disorder*”, “transtorno obsessivo-compulsivo da personalidade”, “*simple phobia*”, “fobia simples”, “*specific phobia*”, “fobia específica”, “*hypochondriasis*”, “hipocondria”, “*body dysmorphic disorder*”, “transtorno dismórfico corporal”, “*panic disorder*”, “transtorno de pânico”, “*panic attacks*”, “ataques de pânico”, “*delusional disorders*”, “transtornos delirantes”, “*schizophrenia*”, “esquizofrenia”, “*impulse control disorders*”, “transtornos do controle de impulsos”, “*impulsivity*”, “impulsividade”, “*post-traumatic stress disorder*”, “transtorno do estresse pós-traumático”, “*generalized anxiety disorder*”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “*depression*”, “depressão”, “*major depressive disorder*”, transtorno depressivo maior”, “*social phobia*”, “fobia social”, “*social anxiety disorder*”, “transtorno de ansiedade social”, “*obsessive-compulsive spectrum*”, “espectro obsessivo-compulsivo”. Estes descritores foram usados para cruzamentos, de acordo com o tema proposto, em cada tópico das perguntas. Após análise desse material, foram selecionados os artigos relativos às perguntas que originaram as evidências que fundamentaram a presente diretriz.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Apresentar e discutir as principais situações clínicas em que o diagnóstico diferencial pode ser um desafio para quem atende a pacientes portadores de transtorno obsessivo-compulsivo.

CONFLITO DE INTERESSE:

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 15.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem características clínicas que se assemelham em diferentes aspectos a vários outros transtornos psiquiátricos (ou não), tornando o diagnóstico diferencial, muitas vezes, um desafio na prática clínica¹(D). Inicialmente é importante destacar que obsessões e compulsões fazem parte da experiência humana normal, de modo que somente quando esses fenômenos passam a interferir negativamente na vida do indivíduo é que o diagnóstico de TOC deve ser estabelecido e algum tratamento proposto, mas nem sempre é simples definir o limite entre o “normal” e o “patológico”²(D).

Sintomas obsessivo-compulsivos também fazem parte do quadro clínico de outros transtornos mentais (por exemplo, esquizofrenias, demências), não sendo exclusivos do TOC. Muitos pacientes com outros diagnósticos têm manifestações clínicas que se assemelham às obsessões e compulsões do TOC (por exemplo, transtorno de tiques, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos alimentares, transtorno dismórfico corporal, hipocondria, transtorno delirante somático, etc). Em função disso, alguns autores propuseram o agrupamento destes e outros quadros no que denominaram “espectro obsessivo-compulsivo”, ainda objeto de muito debate na literatura^{3,4}(D).

Pacientes com TOC têm muitos pensamentos de caráter mágico e comportamentos bizarros, de modo que alguns casos podem ser confundidos com quadros “psicóticos”, particularmente quando o isolamento social é grande, o que não é raro em casos mais graves²(D).

Assim, o TOC faz fronteiras diagnósticas com vários outros transtornos e sua delimitação clínica é essencial para o adequado manejo terapêutico.

1. SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS PODEM SER CONSIDERADOS MANIFESTAÇÕES NORMAIS EM ALGUMAS FASES DA VIDA?

A ansiedade é considerada uma emoção humana normal, com função protetora e adaptativa. Não é incomum que sintomas de

ansiedade isolados apareçam e mudem ao longo do tempo também na maioria das crianças e adolescentes, de forma transitória, como parte do seu desenvolvimento normal. Pesquisas mostram que certos tipos de sintomas de ansiedade, como os sintomas obsessivo-compulsivos, são mais comuns em determinadas faixas etárias^{5,6}(B). Por volta dos 24 meses de idade, como parte do seu repertório de comportamentos normais, a criança pode apresentar uma necessidade de que as coisas no seu ambiente imediato estejam certas e exatas⁵(B). As crianças podem insistir em suas preferências de roupas ou alimentos e em que seus rituais antes de dormir sejam feitos de acordo com certas regras⁵(B). Da mesma forma, atenção excessiva à limpeza e segurança, elevado senso de responsabilidade e evitação de riscos podem aparecer em pais de um recém-nascido, como um comportamento adaptativo de proteção ao bebê⁷(D). Isto pode ser decorrente da elevação do hormônio ocitocina no fim da gestação e após o parto. A ocitocina, importante para o aleitamento materno, parece também estar envolvida nas vias fisiopatogênicas relacionadas ao TOC^{7,8}(D). O aumento da incidência de TOC no puerpério também pode ser explicado por esse mecanismo.

Recomendação

Manifestações obsessivo-compulsivas podem ser normais, especialmente em algumas fases da vida, como na infância (comportamentos repetitivos ou ritualísticos transitórios)⁵(B) e no pós-parto (preocupações e cuidados excessivos com o recém-nascido)⁸(D). Assim, essas manifestações devem ser diferenciadas de sintomas do TOC, que são mais intensos e duradouros, tomam mais tempo e interferem mais intensamente nas atividades e relacionamentos da pessoa⁶(B).

2. QUE OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, ALÉM DO TOC, PODEM TER SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS COMO PARTE DE SUAS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS?

Obsessões e compulsões não ocorrem exclusivamente no TOC, podendo manifestar-se em uma variedade de outros transtornos mentais, como, por exemplo, na depressão, na esquizofrenia e nas demências. Ou seja, nesses casos, sintomas obsessivo-compulsivos podem fazer parte da apresentação clínica dos transtornos primários²(D). Em outros transtornos mentais, contudo, preocupações intrusivas recorrentes podem estar presentes, assemelhando-se às obsessões do TOC, mas com fenomenologia mais restrita e mais egossintônica, como, por exemplo, na hipocondria, no transtorno dismórfico corporal, na anorexia e bulimia nervosas (ruminações sobre doenças, aparência de algumas partes do corpo ou peso/imagem corporal, respectivamente). O DSM-IV exige, para o diagnóstico do TOC, que tanto as obsessões como as compulsões não sejam restritas em seu conteúdo a outro transtorno, motivando o clínico a preocupar-se em descartar estas outras condições⁹(D). Por sua vez, os comportamentos impulsivos e repetitivos que ocorrem nos transtornos de controle dos impulsos (jogo patológico, cleptomania e piromania, entre outros) também se assemelham às compulsões do TOC, porém os pacientes geralmente relatam prazer durante sua execução, ao contrário da sensação de alívio obtida com a realização dos rituais compulsivos^{1,10}(D).

Recomendação

É importante observar que manifestações obsessivo-compulsivas podem ocorrer em vários

outros transtornos psiquiátricos além do TOC, como nas depressões, demências, hipocondria, transtorno dismórfico corporal ou transtornos alimentares. Assim, é importante fazer uma avaliação clínica cuidadosa para se estabelecer o diagnóstico primário do paciente. Deve-se também fazer o diferencial de compulsões com os comportamentos repetitivos de portadores de transtornos do controle de impulsos¹⁰(D).

3. COMO DIFERENCIAR TIQUES COMPLEXOS DE COMPULSÕES?

À primeira vista, os tiques complexos e as compulsões assemelham-se ao ponto de serem indistinguíveis. De fato, somente o exame e a entrevista clínica são capazes de diferenciar os dois fenômenos¹¹(B).

Uma diferença importante é que os tiques ocorrem sem a presença de obsessões, e com pouco ou nenhum controle do indivíduo, de modo automático ou quase automático. Já as compulsões são sistematizadas, e geralmente estão relacionadas a uma ideia obsessiva. Entretanto, os tiques complexos envolvem mais de um grupamento muscular, tornando o movimento mais lento e muito mais elaborado que o tique simples¹²(B). Alguns exemplos de tiques complexos são tocar em objetos ou nas paredes, agachar-se, esticar as pernas, voltar sobre os próprios passos, virar para trás ao caminhar. Existem também compulsões que não são precedidas por obsessões, além das compulsões “*tic-like*” (semelhantes a tiques). Como exemplo de compulsões “*tic-like*”, podemos citar: olhar fixamente para um determinado objeto ou pessoa, a necessidade de tocar em objetos ou pessoas ou esfregar determinada superfície para obter uma sensação específica. Nesses casos, as diferenças são

muito arbitrárias e pouco precisas. Alguns autores poderão considerar alguns desses comportamentos como tiques e outros como compulsões. Por exemplo, o mesmo comportamento repetitivo de tocar alguém ou um objeto pode ser considerado uma compulsão quando é precedido por pensamentos ou ideias, e é iniciado com o objetivo de diminuir o incômodo causado por esses pensamentos, ou pode ser considerado um tique quando motivado por uma sensação corporal ou quando precedido apenas por um “ter que” tocar¹³(D).

Recomendação

Enquanto os rituais compulsivos são voluntários, sistematizados e geralmente se relacionam a uma ideia obsessiva, os tiques ocorrem de modo mais automático (com pouco ou nenhum controle do indivíduo) e sem a presença de obsessões¹¹(B). No entanto, é importante se considerar que, quanto mais complexos os tiques, mais se assemelham às compulsões do TOC, podendo algumas vezes ser indistinguíveis clinicamente¹²(B).

4. COMO DIFERENCIAR O TOC DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO DA PERSONALIDADE?

Indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC), também conhecido como transtorno de personalidade anancástica, exibem um padrão global de preocupação com organização, limpeza, regras, horário, perfeição e pormenores, que se manifesta já no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. Estes traços são responsáveis pela apresentação mais geral da personalidade. Insistem que as regras devem ser seguidas de forma rígida e não toleram o que consideram infrações. Desta forma, são

inflexíveis, intolerantes e incapazes de conciliação, pois insistem para que os outros se submetam às suas necessidades e exigências⁹(D).

São pessoas formais, sérias, com pouco senso de humor e moralidade/escrupulosidade exageradas, o que restringe os relacionamentos interpessoais. Dedicam-se excessivamente ao trabalho e aos deveres, em detrimento de atividades de lazer. Devido ao medo de cometer erros, são indecisos e ruminam ao ter de tomar decisões. Apresentam dificuldades em desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental. Tendem ainda a serem avarentos e pouco generosos⁹(D).

Alguns desses traços de personalidade podem ser úteis, mas quando exagerados a ponto de interferir nas relações interpessoais, configuram o TPOC. Esses indivíduos sofrem quando não conseguem realizar tarefas de acordo com seu nível de exigência, mas consideram sua maneira de ser correta e não sofrem com ela (características egossintônicas, ou seja, juízo crítico prejudicado). Diferentemente do portador de TOC, não apresentam obsessões e compulsões, embora por serem perfeccionistas possam repetir tarefas até atingir seu limiar de exigência, à semelhança de um ritual. Tais comportamentos não são segretos nem apresentam caráter mágico, como é comum no TOC, e também não envolvem temores específicos tão característicos deste transtorno²(D).

A prevalência de TPOC em amostras populacionais tem sido estimada em 0,9% a 2% e, em indivíduos com transtorno de personalidade, o TOC foi significativamente mais frequente do que TPOC, com $\chi^2 = 16,0$ ($p < 0,0001$)¹⁴(B). Utilizando-se os oito

critérios do DSM-IV para TPOC: rigidez, avareza, obra, preocupação com detalhes, perfeccionismo, relutância em delegar tarefas, inflexibilidade sobre a moralidade e a devoção excessiva ao trabalho, três dos oito critérios foram significativamente mais comuns em indivíduos com TOC com $p < 0,006$: obra, perfeccionismo e preocupação com detalhes. As análises de regressão logística encontraram obra com $\chi^2 = 20,61$, perfeccionismo com $\chi^2 = 29,81$, preocupação com detalhes com $\chi^2 = 30,51$ ¹⁴(B).

Recomenda-se, contudo, que só se faça o diagnóstico de transtorno de pânico (TP) quando os sintomas de TOC estejam estabilizados, pois a presença dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) pode atrapalhar a avaliação da personalidade. Relata que a maioria dos pacientes com TOC que inicialmente apresentava diagnóstico de TP, após o tratamento adequado, deixou de ter esse diagnóstico. Por outro lado, em outro estudo nacional, encontrou-se maior frequência de personalidades evitativa (52,5%) e dependente (40%), seguidas de personalidade histriônica (20%), paranoide (20%) e anancástica (17,5%)¹⁵(C). Ou seja, a personalidade obsessivo-compulsiva (ou anancástica) não foi comumente encontrada em pacientes com TOC. Por outro lado, encontrou-se cerca de um terço dos pacientes com TOC como tendo diagnóstico de TPOC associado¹⁶(C).

Recomendação

Diferentemente dos pacientes com TOC, indivíduos do TPOC não apresentam obsessões ou compulsões, a crítica é menos preservada, e consideram sua maneira de ser correta, não ocultando os seus comportamentos, os quais não envolvem temores específicos, nem têm caráter

mágico⁹(D). É importante considerar que tal transtorno de personalidade ocorre apenas em uma minoria de pacientes com TOC como comorbidade¹⁵(C).

5. COMO ESTABELECEER DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FOBIAS ESPECÍFICAS E TOC, INCLUINDO OS ASPECTOS COGNITIVOS?

Fobia Específica (FE) é o medo acentuado e persistente de objetos externos ou situações claramente discerníveis e circunscritos, como animais, sangue, altura, aviões, etc. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, imediata resposta de ansiedade. Assim como o TOC, a FE é classificada como parte integrante dos transtornos de ansiedade no DSM-IV⁹(D). Como tal, compartilham sintomas de ansiedade patológica e comportamentos de esquiva disfuncionais similares, de evolução crônica, os quais causam prejuízos tanto sociais quanto profissionais. No entanto, o que os diferencia são os aspectos cognitivos envolvidos em cada um deles.

No TOC, as obsessões são intrusivas, geram ansiedade e comportamentos ritualísticos, de caráter mágico, com o intuito de aliviar a ansiedade e o medo de acontecimentos temidos. Na FE, não existe a intrusão do pensamento *per se*, mas sim um estímulo externo, o qual é avaliado como extremamente ameaçador^{17,18}(D). Não há rituais para aliviar o medo, sendo a evitação o comportamento predominante de busca de segurança. Por exemplo, um portador de TOC que tenha a obsessão de que se usar um elevador algo de ruim vai acontecer com um de seus familiares, ele pode, por exemplo, dar uma volta em torno de si no sentido anti-horário para “desfazer” o pensamento e entrar no elevador. Já

um portador de fobia a elevadores evitará usá-los e subirá por escadas. O paciente com TOC teve um comportamento de caráter mágico ou “supersticioso”, enquanto o paciente com FE apresentou um comportamento racional de esquiva para aliviar a ansiedade.

Assim, no TOC a ansiedade está diretamente relacionada ao conteúdo das obsessões, enquanto que na FE a ansiedade relaciona-se com um objeto externo⁹(D). Os aspectos cognitivos são bem menos complexos ou elaborados nas FEs do que no TOC, sendo a resposta ansiosa praticamente automática. Todavia, tanto o TOC quanto a FE apresentam sintomas de ansiedade autonômica, o que pode ser um fator de confusão¹⁹(D). A avaliação exagerada de riscos e a preservação da crítica em relação aos sintomas estão presentes nos dois quadros, mas alguns pacientes com TOC podem ter o juízo crítico comprometido²⁰(D).

Outro aspecto interessante é que no TOC as consequências podem estar relacionadas tanto ao sujeito em si quanto a outras pessoas e, na FE, a ansiedade é sempre relacionada a uma ameaça ao sujeito. Por exemplo, no caso do elevador, o portador de TOC pode tentar impedir que pessoas a quem suas obsessões estejam dirigidas entrem no elevador ou pedir que alguém realize seus rituais. No caso do portador de FE, não importa quem use o elevador, desde que ele não entre.

A evitação, também característica de ambos os transtornos, apresenta premissas cognitivas diferentes. No TOC, a evitação é relacionada ao conteúdo das obsessões, como, por exemplo, sujeira ou contaminação, ou ocorre visando a não realização dos comportamentos ritualísticos, os quais podem demorar horas e causar um estresse acentuado, podendo gerar um comportamento paradoxal. Por exemplo, um indivíduo que demora

quatro horas tomando banho, por não se achar limpo o suficiente, pode deixar de tomar banho para não sofrer a angústia e ansiedade do banho, mas a obsessão continua presente, comprometendo a sua vida. Já a evitação nas FE's está restrita e circunscrita ao objeto fóbico em si.

Recomendação

Observe-se que, enquanto nas fobias específicas o estímulo fóbico é sempre externo, no TOC pode ser também interno, como, por exemplo, um pensamento ou uma recordação. Os comportamentos de esquiva ocorrem em ambos os quadros, mas as compulsões apenas no TOC. Neste ainda, os pressupostos cognitivos subjacentes aos comportamentos, em geral, são bem mais complexos do que os das fobias¹⁷(D).

6. QUAIS AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE DIFERENCIAM O TOC DE ALGUNS TRANSTORNOS SOMATOFORMES, COMO O TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E A HIPOCONDRIA?

O transtorno dismórfico corporal (TDC) caracteriza-se por preocupação excessiva com um defeito mínimo ou inexistente na aparência física. É conceituado como um transtorno do espectro obsessivo-compulsivo, a partir de evidências oriundas de estudos psicopatológicos, genéticos e terapêuticos que apontam diversas semelhanças com o TOC. Ambos caracterizam-se por pensamentos desagradáveis indesejados que conduzem a comportamentos compulsivos e repetitivos, tomando tempo, causando sofrimento, vergonha, baixa autoestima e, em casos mais graves, isolamento social e grande incapacidade funcional²¹(B). As vivências de incompletude que precedem certos comportamentos repetitivos no TOC ocorrem de forma semelhante no TDC, no sentido de gerar

uma sensação incômoda constante de que algo não está “em ordem” ou “como deveria estar”. Ambos parecem priorizar impressões internas, ignorando percepções reais ou a opinião alheia (pacientes com TDC desconsideram o que estão vendo no espelho, da mesma forma que pacientes com TOC desconsideram que a porta já está chaveada e voltam a verificar várias vezes). Outras semelhanças incluem o curso crônico e flutuante, as frequentes comorbidades com depressão e transtornos de ansiedade. Do ponto de vista genético, existe uma maior agregação familiar de indivíduos com TDC em parentes de pacientes com TOC. Por último, ambos os transtornos são tratados de forma semelhante, com abordagens psicoterapêuticas (terapias cognitivo-comportamentais) e farmacológicas (inibidores de recaptura da serotonina, que podem ser potencializados com neurolépticos nos casos mais graves). Apesar de alguns pacientes com TOC possuírem crítica prejudicada em relação a suas obsessões, isto é bem menos comum do que no TDC, que se caracteriza por ideias supervalorizadas ou prevalentes, de natureza egossintônica, ou seja, juízo crítico prejudicado. Enquanto pacientes com TOC tendem a ter obsessões de diferentes conteúdos (agressivo, sexual, religioso, simetria, contaminação, somático, etc.), portadores de TDC se atêm a questões corporais, envolvendo uma ou mais preocupações, simultânea ou sucessivamente²²(D).

A prevalência de TDC entre os portadores de TOC é de 15,3%. Esta comorbidade acontece em portadores de TOC de início precoce ($p=0,007$), predominantemente no sexo feminino ($p=0,002$), associado a quadro de depressão ($p=0,003$), com história de uso de substâncias ilícitas ($p=0,003$) e com menores taxas de casamento ($p=0,006$)²³(B).

Na hipocondria, a única preocupação é de estar ou o vir a ter alguma doença grave, enquanto no TOC há obsessões com outros conteúdos²⁴(D). Assim como no TDC, tipicamente a crítica está mais comprometida em pacientes hipocondríacos do que em pacientes com TOC e os primeiros resistem ao encaminhamento para tratamento psicológico ou psiquiátrico, pois acreditam que estão com um problema de saúde física e não mental. A relação médico-paciente costuma ser mais difícil e conflituosa na hipocondria, pois os pacientes interpretam erroneamente (de modo catastrófico) sinais e sintomas físicos, e não confiam nos profissionais, nem nos resultados negativos dos exames físicos e laboratoriais, tendendo a procurar vários médicos. Tanto na hipocondria quanto no TOC há preocupações recorrentes, avaliação exagerada de riscos e dificuldade de se assegurar diante de evidências, mas no TOC predomina o medo de vir a adoecer (muitas vezes por contaminação) ou a dúvida sobre estar ou não doente²⁵(C). Nos demais transtornos somatoformes (por exemplo, transtorno de somatização, transtorno doloroso persistente), nem sempre há a presença de obsessões, mas sim sintomas somáticos, como dores e múltiplas queixas corporais ou fisiológicas⁹(D).

Recomendação

Da mesma forma que no TOC, no TDC²¹(B) e na hipocondria²⁵(C), há pensamentos desagradáveis que conduzem a comportamentos repetitivos que tomam tempo e causam sofrimento e incapacitação. No entanto, as preocupações têm conteúdos restritos e específicos (defeito físico ou doença) e a capacidade crítica é, em geral, mais comprometida do que no TOC.

7. COMO DIFERENCIAR OS ATAQUES DE PÂNICO NO PACIENTE COM TOC DO TRANSTORNO DE PÂNICO?

Muitos pacientes com TOC apresentam ataques de ansiedade, que podem assumir as características e a intensidade de um ataque de pânico.

Enquanto ataques de pânico (AP) espontâneos são pré-requisitos necessários para o diagnóstico de TP, os ataques de pânico que podem ocorrer no TOC são secundários a estímulos desencadeantes, geralmente aos seus temores obsessivos (por exemplo, se expor a objetos considerados contaminados). A dificuldade diagnóstica pode apresentar-se quando o paciente obsessivo não percebe os pensamentos e medos desencadeantes do AP e os relatam como espontâneos. Nesse caso, a cuidadosa investigação dos “gatilhos” pode contribuir para seu esclarecimento²⁶(B).

No TP com agorafobia, os pacientes não apresentam rituais (compulsões), que geralmente ocorrem no TOC, mas comportamentos evitativos são comuns aos dois quadros. No entanto, a esquiva no TP é relacionada ao medo agorafóbico da recorrência dos AP em situações nas quais a pessoa imagina que possa tê-los e não receber rápido e adequado socorro (medo de ter um infarto ou um acidente vascular, medo de morrer de repente), enquanto no TOC está relacionada com os diversos temas dos sintomas obsessivos^{26,27}(B).

Recomendação

É importante considerar que, assim como no transtorno de pânico, AP podem ocorrer no TOC²⁶(B), mas não de modo espontâneo

e sim desencadeados pela exposição a estímulos temidos (pensamentos ou estímulos externos variados). Comportamentos evitativos ocorrem no TOC, assim como no transtorno de pânico com agorafobia, mas neste os temores são bem mais circunscritos (em geral, medo de não ser socorrido e morrer subitamente de infarto ou derrame) e não ocorrem rituais compulsivos²⁷(B).

8. COMO ESTABELECEER O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE O TOC COM PREJUÍZO DA CRÍTICA (“POOR INSIGHT”) E OS TRANSTORNOS DELIRANTES OU ESQUIZOFRÊNICOS?

O diagnóstico de TOC, de acordo com o DSM-IV, pressupõe que, em algum momento ao longo da evolução do transtorno, o paciente reconheça que as suas obsessões ou compulsões sejam excessivas ou irracionais⁹(D). Pacientes com TOC que passam a maior parte do tempo sem reconhecer o exagero ou o despropósito de seus sintomas são diagnosticados como tendo TOC com prejuízo da crítica (“*poor insight*”), um conceito que se refere ao espectro de transtornos que engloba tanto sintomas obsessivo-compulsivos quanto sintomas “psicóticos”²⁸(B)²⁹(D).

Reconhecer o grau de crítica que o portador de TOC possui em relação aos sintomas obsessivo-compulsivos é importante, pois além de representar uma forma mais grave de TOC³⁰(B), pacientes adultos portadores de TOC com prejuízo da crítica apresentam pior resposta tanto ao tratamento medicamentoso quanto psicoterápico, quando comparados a pacientes com TOC sem prejuízo da crítica³¹(B).

Diferentemente dos portadores de TOC com prejuízo da crítica, portadores de transtornos esquizofrênicos normalmente apresentam outros comemorativos sugestivos de psicose, que se manifestam em associação com as ideias delirantes (por exemplo, de perseguição, grandeza, místico-religiosas, etc). Alterações da sensopercepção (alucinações, pseudoalucinações, ilusões), do afeto (achatamento, embotamento afetivo), do discurso (fala desorganizada ou desagregada), da volição (hipobulia, abulia, estereotípias) são algumas das características mais marcantes nos quadros ditos psicóticos⁹(D).

O diagnóstico diferencial acurado entre TOC com prejuízo da crítica e transtornos delirantes ou esquizofrênicos, todos de evolução crônica, nem sempre é tarefa simples³²(D), mas se faz relevante para o estabelecimento da medida terapêutica adequada³³(C), uma vez que pacientes portadores de TOC, de maneira geral, respondem melhor a intervenções comportamentais e medicamentosas com inibidores da recaptura de serotonina, enquanto que os portadores de transtornos delirantes ou esquizofrênicos respondem a neurolépticos (antipsicóticos).

Recomendação

Diferenciam-se portadores de TOC com prejuízo da crítica de pacientes portadores de transtornos delirantes ou esquizofrênicos pelos comemorativos sugestivos de psicose⁹(D). É relevante a diferenciação, pois o tratamento farmacológico indicado é essencialmente diferente: antidepressivos serotoninérgicos, no primeiro caso, e neurolépticos, no segundo²⁸(B). Pacientes com transtornos delirantes ou esquizofrênicos, em geral, apresentam alucinações, fala desorganizada, embotamento afetivo, hipobulia, estereotípias e isolamento social importante⁹(D).

9. QUAIS SÃO AS DIFERENÇAS PRINCIPAIS ENTRE IMPULSIVIDADE E COMPULSIVIDADE?

Tradicionalmente, comportamentos impulsivos e compulsivos têm sido classificados como fundamentalmente distintos: a impulsividade considerada como um controle ineficiente ou inadequado sobre os próprios atos, resultando em comportamentos desinibidos, e a compulsão como um excessivo controle, resultando em inibição de comportamento. Entretanto, muitos pacientes exibem ambos os tipos de comportamento concomitante ou sucessivamente, ou ainda, mostram comportamentos que se assemelham descritivamente à impulsividade e às compulsões³⁴(D).

Em sua forma de execução, distinguem-se os atos compulsivos dos impulsivos pela maneira ritualizada com que se realizam os primeiros, em contraste com a subtileza e o caráter explosivo dos últimos. Enquanto compulsividade é uma característica central do TOC, a impulsividade caracteriza os transtornos de controle de impulso em geral (por exemplo, cleptomania, comprar “compulsivo”, sexo “compulsivo”, jogo patológico)³⁴(D). Outra diferença diz respeito à finalidade da compulsão de reduzir a ansiedade ou prevenir sofrimentos relacionados a acontecimentos ruins, enquanto que os atos impulsivos geralmente (mas nem sempre) se vinculam à obtenção de prazer³⁴(D).

Enquanto que as compulsões têm como principal objetivo evitar riscos, os atos impulsivos expõem o paciente a situações potencialmente perigosas ou danosas³⁴(D). Por outro lado, algumas semelhanças podem ser evidenciadas: falta da capacidade de controle da vontade, existindo, contudo, algum grau de

resistência por parte do paciente, que geralmente percebe os prejuízos que tais comportamentos de padrão repetitivo causam; as compulsões como os impulsos patológicos podem coexistir na mesma pessoa³⁵(B).

Recomendação

Apesar de repetitivos como as compulsões, os atos impulsivos não são ritualizados nem visam reduzir a ansiedade ou o risco de acontecimento de eventos temidos: são súbitos, explosivos e geralmente prazerosos, expondo o paciente a situações potencialmente perigosas³⁴(D). No entanto, deve-se observar que manifestações impulsivas e compulsivas podem co-ocorrer no mesmo indivíduo³⁵(B).

10. QUE CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO O DIFERENCIAM DO TOC?

Pensamentos intrusivos, sintomas ansiosos e comportamentos evitativos (de esquiva) são muito comuns tanto no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) quanto no TOC. Existe semelhança clínica entre o TOC e o TEPT, incluindo a esfera de pensamentos, estado de humor e comportamentos associados. Por exemplo, pensamentos obsessivos na forma de imagens que ocorrem em pacientes com TOC e *flashbacks* vívidos por pacientes com TEPT são ambos desagradáveis, vívidos, repetitivos e intrusivos³⁶(B). Além disso, rituais compulsivos e comportamentos evitativos graves podem proporcionar uma sensação de segurança a pacientes que sofrem de ambas as condições³⁷(B).

Outro aspecto que pode ainda gerar confusão diagnóstica é a eventual coexistência entre esses dois transtornos psiquiátricos num mesmo indivíduo. Na maior amostra clínica de pacientes

com TOC publicada até o momento (n=630), 15,6% dos pacientes com TOC apresentavam TEPT associado^{38(A)}. Em algumas ocasiões, eventos traumáticos ou TEPT podem ser observados mesmo antes do surgimento do TOC, apontando para um possível papel etiológico de diferentes tipos de trauma neste subgrupo de pacientes^{39(B)}.

Embora esses aspectos possam complicar o diagnóstico diferencial entre as duas condições, algumas características clínicas podem servir de auxílio diagnóstico. Por exemplo, em pacientes com TOC, os pensamentos intrusivos costumam envolver uma diversidade de temas (por exemplo, agressão, sexo, religião, contaminação, simetria, organização, dentre outros), que podem variar ao longo da evolução do quadro. Em pacientes com TEPT, esses fenômenos podem incluir ilusões, alucinações e pesadelos, cujos conteúdos estão centrados tipicamente em um trauma prévio (isto é, um evento que envolveu morte ou ameaça à integridade física e gerou medo, impotência ou horror)^{9(D)}. Por outro lado, embora predominem comportamentos compulsivos em pacientes com TOC (como rituais de checagem, lavagem ou limpeza, organização e acumulação excessivos), existe uma preponderância de comportamentos de esquiva em indivíduos com TEPT, como evitar assuntos, atividades, locais e pessoas que relembrem o paciente do trauma^{9(D)}.

Recomendação

Tanto no TOC quanto no TEPT encontramos pensamentos intrusivos indesejáveis e comportamentos de esquiva, a diferença está que estes atos estão relacionados a um trauma emocional previamente vivenciado no caso de

TEPT^{37(B)}. No TEPT, são comuns ainda ilusões, alucinações, *flashbacks* e pesadelos relacionados ao trauma^{9(D)}. Eventos traumáticos, porém, podem igualmente estar associados à etiologia do TOC em alguns casos^{39(B)} e TOC e TEPT podem co-ocorrer no mesmo indivíduo^{38(A)}.

11. HÁ DIFERENÇAS ENTRE AS PREOCUPAÇÕES DOS PORTADORES DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM RELAÇÃO ÀS OBSESSÕES DOS PORTADORES DE TOC?

Alguns autores sugerem que o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o TOC fazem parte do mesmo espectro diagnóstico. Ambos os quadros têm curso crônico e flutuante e as preocupações típicas do TAG podem ser muito similares fenomenologicamente às obsessões do TOC^{40(D)}.

Ambos os fenômenos têm pensamentos repetitivos, percebidos como incontroláveis e intrusivos. Nas obsessões, porém, a atividade cognitiva pode assumir uma forma mais vívida, como imagens mentais, com mais frequência que nas preocupações do TAG. Já no TAG as preocupações são contextualizadas e menos irracionais ou irrealísticas do que no TOC. Assim, enquanto as preocupações do TAG são relacionadas a questões do dia a dia (por exemplo, saúde, segurança, dinheiro, etc), as obsessões do TOC em geral apresentam conteúdos mais bizarros^{40(D)}.

Esta diferenciação, no entanto, nem sempre é tão clara na prática clínica, pois muitos casos de TOC se encontram numa nuance intermediária. No entanto, as obsessões parecem ter uma característica adicional, como se o indivíduo interpretasse as cognições intrusivas

como indicativas de sério risco de dano, acompanhadas de senso de responsabilidade pessoal sobre isso. Indivíduos com TOC acreditam que pensando em um evento aversivo (por exemplo, filho sendo atropelado) aumentaria a chance de esse evento ocorrer; ou que um pensamento inaceitável (por exemplo, imaginar-se envolvido em relação sexual incestuosa) seria tão ruim quanto praticá-lo. Este fenômeno, chamado pensamento metacognitivo, é útil em diferenciar o TOC do TAG. No TOC, ainda, o paciente tem a necessidade de se esquivar do sentimento de medo, usando para isso as compulsões, que não ocorrem no TAG⁴⁰(D).

Recomendação

As preocupações excessivas que ocorrem no TAG devem ser diferenciadas de obsessões, pois se referem tipicamente a situações rotineiras (por exemplo, dinheiro, saúde e segurança), ou seja, são menos irracionais/irrealísticas do que no TOC.

12. QUAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIAM A CULPA EXCESSIVA E PENSAMENTOS CATASTRÓFICOS DA DEPRESSÃO MAIOR EM RELAÇÃO AO TOC?

O TOC tem na depressão maior a comorbidade mais frequente, com taxas que variam de 35% a 75%⁴¹⁻⁴³(B). Adicionalmente, pensamentos negativos e catastróficos, dúvidas e indecisão, ideias de responsabilidade pessoal, culpa, autorreprovação, baixa auto-estima, preocupações e ruminações excessivas também podem existir em pacientes deprimidos, tornando difícil a diferenciação de sua origem⁹(D). Assim, na depressão, os pensamentos podem ter caráter intrusivo e recorrente, semelhante às obsessões do TOC.

Contudo, o conteúdo mórbido da ruminação obsessiva na depressão diferencia-se por ser egossintônico, congruente com o humor, e geralmente está alentecido⁹(D).

Portanto, o diagnóstico sindrômico deve prevalecer para o adequado entendimento clínico de um sintoma, como a culpa, e cada caso deve ser avaliado individualmente. Pode-se usar como estratégia para estabelecer se este sintoma (por exemplo, culpa) tem como origem o TOC ou o transtorno depressivo, a cronologia do seu aparecimento. Além disso, tipicamente a depressão maior tem curso episódico, enquanto o TOC tem curso crônico e flutuante. Diferentemente do TOC, compulsões não fazem parte das manifestações clínicas do transtorno depressivo maior. Enquanto na depressão o paciente sente-se responsável ou culpado por algo acontecido no passado, no TOC o paciente realiza os rituais para evitar ser responsável por algum evento catastrófico que possa vir a acontecer no futuro⁴⁴(B).

Em um modelo de regressão logística múltipla, somente a idade precoce no diagnóstico de TOC foi significativamente associada à depressão⁴³(B).

Portadores de TOC e comorbidade de depressão maior relatam níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida, no domínio da saúde física, psicológica e relações sociais⁴⁵(B). Comparando obsessões, compulsões e depressões foram esta última a preditiva de pior qualidade de vida⁴⁶(B) e associou-se a piora dos quadros de obsessões, mas não com a gravidade das compulsões⁴⁵(B).

Há controvérsias sobre a possibilidade de a depressão interferir no tratamento do TOC.

Acredita-se que a presença de depressão afeta negativamente o tratamento dos portadores de TOC^{47,48}(B). Acredita-se, também, que pacientes com diagnóstico de TOC podem apresentar depressão na admissão do diagnóstico de TOC, porém quando a sintomatologia do TOC diminui, os sintomas depressivos também desaparecem, supondo que a comorbidade da depressão maior não influencia no prognóstico do tratamento do TOC⁴⁹(B).

Em relação à resposta terapêutica, enquanto todos os antidepressivos e a eletroconvulsoterapia podem ser eficazes no tratamento da depressão maior, apenas os antidepressivos serotoninérgicos são eficazes no TOC e, em geral, em doses mais altas do que as indicadas nos quadros depressivos.

Recomendação

É importante diferenciar clinicamente o TOC do transtorno depressivo maior, porque ambos têm algumas características comuns (por exemplo, pensamentos negativos/catastróficos e culpa) e com frequência ocorrem associadamente⁴¹(B). A depressão maior, no entanto, em geral tem curso episódico e não crônico, as ruminações são congruentes com o humor, pode haver lentificação psicomotora, mas não rituais compulsivos^{42,43}(B).

13. COM A INTENÇÃO DE EVITAR CONTATO COM PESSOAS POUCO FAMILIARES, QUE DIFERENTES MOTIVAÇÕES COSTUMAM TER OS PACIENTES PORTADORES DE TOC, FOBIA SOCIAL OU TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL?

Na maior parte das vezes, pacientes com TOC evitam o contato com pessoas pouco familiares ou desconhecidas, por medo de

contaminação por germes, sujeira ou resíduos. Alguns portadores de TOC evitam pessoas pouco familiares, porque estas podem desarrumar ou tirar da ordem os objetos que ele arrumou, o que pode lhe causar intensa ansiedade e provocar novas compulsões. Pacientes com TOC e sintomas de colecionamento podem evitar pessoas que possam jogar fora os seus objetos guardados. Podem ainda evitar os outros por vergonha, medo de serem considerados “loucos” ou esquisitos pelas suas “manias” ou rituais.

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social também é um quadro crônico, que tem como principal característica o medo acentuado de ser avaliado por pessoas estranhas em situações sociais ou de desempenho⁹(D). O paciente com TAS tem a expectativa de que será avaliado de forma negativa por outras pessoas e tem medo de se sentir humilhado ou embaraçado/envergonhado⁵⁰(D). Assim, as situações de exposição social são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade. Pacientes com TAS evitam contato com pessoas pouco familiares, para não terem esta sensação de ansiedade e por medo de uma avaliação negativa. Em situações sociais, são comuns sintomas físicos de ansiedade, como taquicardia, sudorese, tremores, rubor facial, náuseas, diarreia, entre outros, como a gagueira.

Recomendação

Note-se que, enquanto pacientes com TOC evitam diversas situações relacionadas a suas obsessões particulares, portadores de fobia social evitam especificamente aquelas situações em que possam ser avaliados negativamente por pessoas menos familiares⁵⁰(D).

14. O QUE SE ENTENDE POR TRANSTORNOS DO “ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO” E QUAIS OS PRINCIPAIS QUADROS INCLUÍDOS NESSE GRUPO?

Os transtornos do “espectro obsessivo-compulsivo” (TEOC) são condições psiquiátricas ou neurológicas que apresentam diversas semelhanças com o TOC. Estas doenças podem assemelhar-se ao TOC em relação a manifestações clínicas, curso, idade de início, ocorrência de duas ou mais condições no mesmo indivíduo (comorbidade), ocorrência em mais indivíduos da mesma família, fatores etiológicos, fatores neurobiológicos, resposta a medicamentos e psicoterapia³(D).

Os TEOC incluem quadros que se caracterizam pela ocorrência de obsessões, compulsões, falta de controle dos impulsos e comportamentos repetitivos⁴(D). Os principais TEOC, de acordo com a teoria de Hollander³(D), são:

- Transtornos do controle dos impulsos: jogo patológico, tricotilomania, transtorno do comprar impulsivo-compulsivo, impulsões e dependências de sexo, parafilias, cleptomania, transtorno explosivo intermitente e transtorno da personalidade *borderline*;
- Transtornos somatoformes: hipocondria, transtorno dismórfico corporal e transtorno delirante tipo somático;
- Transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica;

- Transtornos neurológicos com comportamentos repetitivos: transtornos de tiques (incluindo a síndrome de Tourette), Coreia de Sydenham, autismo e síndrome de Asperger.

Recomendação

É importante conhecer algumas condições neuropsiquiátricas que se relacionam ao TOC por algumas características clínicas semelhantes (por exemplo, tipo, idade de início e curso dos sintomas), maior agregação familiar, assim como possíveis fatores etiológicos e resposta terapêutica comuns. São denominados de transtornos do “espectro obsessivo-compulsivo” e incluem alguns transtornos do controle de impulsos, somatoformes, alimentares e neurológicos^{3,4}(D).

CONFLITO DE INTERESSE

Miguel EC: recebeu honorários para apresentação em congressos patrocinada pelas empresas Solvay Farma e Lundbeck. Petribu K: recebeu honorários para ministrar palestras patrocinadas pelas empresas Roche, Lilly, AstraZeneca e Novartis. Participou de pesquisa patrocinada pela empresa AstraZeneca. Fontenelle FL: recebeu honorários por apresentação, conferência ou palestra patrocinadas pela empresa Lilly; recebeu honorários para organizar atividade de ensino patrocinada pela empresa Lundbeck; recebeu recursos para participar de evento científico patrocinado pelas empresas Lundbeck, Servier e Abbott; recebeu honorários para consultoria patrocinada pela empresa Lundbeck. Shavitt RG: recebeu honorários de palestrante patrocinado pelas empresas Solvay Farma e Lundbeck.

REFERÊNCIAS

1. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl.):5-10.
2. Torres AR. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(suppl):21-3.
3. Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
4. Hollander E, Rosen J. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J, eds. *Transtorno obsessivo-compulsivo*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.162-78.
5. Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behaviors in normal young children. *Child Dev* 1997;68:58-68.
6. Leonard HL, Goldberger EL, Rapoport JL, Cheslow DL, Swedo SE. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:17-23.
7. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology* 1994;19:723-49.
8. Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2001;2:129-36.
9. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th*. Washington: Psychiatric American Association; 2000.
10. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen S A. Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23:469-91.
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 disorder. *J Clin Psychiatry* 1995;56:246-55.
12. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry* 1997;170:140-5.
13. Hounie AG, Miguel EC. *Tiques, cacoetes e a síndrome de Tourette: um manual para portadores, seus familiares, educadores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
14. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, et al. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord* 2006;20:294-305.

15. Rodrigues Torres A, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders: A Brazilian controlled study. *Psychopathology* 1995;28: 322-9.
16. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94:199-209.
17. Cameron OG. The differential diagnosis of anxiety. *Psychiatric and medical disorders. Psychiatr Clin North Am* 1985;8:3-23.
18. Lang PJ, McTeague LM. The anxiety disorder spectrum: fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety Stress Coping* 2009; 22:5-25.
19. Rickels K, Rynn M. Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:1-17.
20. Torres AR. Relações entre sintomas fóbicos e obsessivo-compulsivos. *Temas* 1994;24: 159-70.
21. Brady KT, Austin L, Lydiard RB. Body dysmorphic disorder: the relationship to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:538-40.
22. Torres AR, Ferrão YA, Miguel EC. Body dysmorphic disorder: an alternative expression of obsessive-compulsive disorder? *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:95-6.
23. Torres AR. Hipocondria e transtorno obsessivo-compulsivo: sobreposições e limites diagnósticos. *J Bras Psiquiatria* 1994;43:605-9.
24. Stewart SE, Stack DE, Wilhelm S. Severe obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder: clinical correlates and implications. *Ann Clin Psychiatry* 2008;20:33-8.
25. Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, Liebowitz MR. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1991;52:457-60.
26. Rapee RM, Sanderson WC, McCauley P A, Di Nardo PA. Differences in reported symptom profile between panic disorder and other DSM-III-R anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1992;30:45-52.
27. Nardi AE, Valença AM, Nascimento I, Zin WA. Panic disorder and obsessive compulsive disorder in a hyperventilation challenge test. *J Affect Disord* 2002;68: 335-40.
28. Eisen JL, Phillips KA, Rasmussen SA. Obsessions and delusions: the relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. *Psychiatric Annals* 1999;29:515-22.
29. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:343-53.
30. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, et al. A family

- study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 358-63.
31. Lochner C, Stein DJ. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:353-61.
32. Torres AR, Smaira SI, Ferreira DT. A interface entre distúrbio obsessivo-compulsivo e esquizofrenia: desafios da prática clínica. *J Bras Psiquiatria* 1997;46:147-55.
33. O'Dwyer AM, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry* 2000;176:281-4.
34. Tavares H. Impulse control disorders: the return of Esquirol's instinctive monomania. *Rev Bras Psiquiatria* 2008; 30(suppl 1):s1-s2.
35. Arzeno Ferrão Y, Almeida VP, Bedin NR, Rosa R, D'Arrigo Busnello E. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comp Psychiatry* 2006;47:282-8.
36. Lipinski JF Jr, Pope HG Jr. Do "flashbacks" represent obsessional imagery? *Compr Psychiatry* 1994;35:245-7.
37. Tuerk PW, Grubaugh AL, Hamner MB, Foa EB. Diagnosis and treatment of PTSD-related compulsive checking behaviors in veterans of the Iraq war: the influence of military context on the expression of PTSD symptoms. *Am J Psychiatry* 2009;166:762-7.
38. Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30:185-96.
39. Fontenelle LF, Rosário MC, De Mathis MA, Torres AR, Ferrão YA, Cordioli AV, et al. "Post traumatic" obsessive-compulsive disorder: A neglected Psychiatric Phenotype? Abstract book. Inaugural Scientific Meeting of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, Barcelona, Spain 2008.
40. Comer JS, Kendall PC, Franklin ME, Hudson JL, Pimentel SS. Obsessing/worrying about the overlap between obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder in youth. *Clin Psychol Rev* 2004;24:663-83.
41. Sciuto G, Pasquale L, Bellodi L. Obsessive compulsive disorder and mood disorders: a family study. *Am J Med Genet* 1995;60:475-9.
42. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-22.

43. Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ 3rd, Cannistraro P, Grados, Riddle MA, et al. Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depression Anxiety* 2004;20: 86-91.
44. van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:79-87.
45. Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2007;102:73-9.
46. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003;48: 72-7.
47. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1106-12.
48. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999;89:229-38.
49. Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenz G, Urban C, Zapotoczky HG, et al. Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology* 2000;33:75-80.
50. Nardi AE. Diagnóstico. In: Nardi AE, ed. *Transtorno de ansiedade social: fobia social timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.9-13.

