

## **DIAGNÓSTICO DO TOC, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E COMORBIDADES**

(Capítulo 2 do livro “TOC” 2ª Edição: Artmed, 2014).

Aristides Volpato Cordioli

### **OBJETIVOS**

Ao final da leitura do presente capítulo o leitor deve ser capaz de:

- Fazer o diagnóstico do TOC;
- Fazer o diagnóstico diferencial com transtornos que apresentam manifestações clínicas semelhantes ao TOC;
- Ser capaz de identificar comorbidades em pacientes com TOC.

### **INTRODUÇÃO**

Pensamentos intrusivos (obsessões) e comportamentos compulsivos fazem parte do quadro clínico de diversos transtornos psiquiátricos e o profissional necessita distingui-los dos sintomas do TOC. Estão presentes nos chamados transtornos do controle de impulsos (comprar compulsivo, jogo patológico), nos transtornos alimentares (comer compulsivo), na hipocondria, no transtorno dismórfico corporal, nos transtornos do espectro do autismo, nas chamadas *grooming disorders* (a tricotilomania, comportamentos auto-mutilantes, roer unhas, beliscar-se), para citar alguns dos mais comuns na clínica. Podem ainda fazer parte do quadro clínico de transtornos neurológicos, doenças médicas, ou ser o efeito fisiológico direto de substâncias e reações adversas de alguns medicamentos. Portanto, uma das primeiras questões que se apresenta ao clínico quando avalia um paciente com obsessões e ou compulsões é ter em mente todas essas possibilidades para poder fazer o diagnóstico de TOC com segurança. É muito comum a confusão desses quadros com o TOC e a abordagem terapêutica, tanto psicoterápica como psicofarmacológica costuma ser distinta.

Uma segunda questão na avaliação do paciente é a identificação das comorbidades. A regra é que além dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) típicos do TOC, estejam presentes uma ou mais comorbidades. O chamado de TOC “puro” é raro e na prática é mais a exceção do que a regra. E de fato as pesquisas tem mostrado que mais da metade dos pacientes apresentam concomitantemente outros transtornos psiquiátricos e uma prevalência de comorbidades entre os indivíduos com o transtorno bem maior do

que a encontrado na população em geral. Por exemplo, a depressão tem uma prevalência para toda vida ao redor de 15% na população em geral e em indivíduos com TOC pode estar presente em 40% deles ou até mais. Também é muito comum a comorbidade com transtornos de ansiedade (TAG/fobias específicas em especial), com transtornos de tiques (TT) ou Síndrome de Tourette (ST), com transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (TDAH) e com transtornos do controle de impulsos entre outros.

As comorbidades podem ser transtornos independentes do TOC (p. ex. TOC e THB), podem fazer parte de um quadro psicopatológico mais complexo (p. ex. TOC relacionado a tiques ou Tourette). Podem ainda ser consequência do próprio TOC, em razão do grau de sofrimento e incapacitação que acarreta (p.ex. a depressão). Para o clínico a pergunta que se impõe é: existem comorbidades associadas aos sintomas OC? Elas tem alguma relação com o TOC? Que implicações elas tem sobre os tratamentos usuais do transtorno (anti-obsessivos e TCC) e que modificações ou estratégias alternativas são necessárias para que tais pacientes “complicados” possam melhorar? Há mais de uma década grande parte da pesquisa sobre o TOC tem focado nessas questões e algumas continuam ainda sem resposta. Em resumo: na maioria das vezes, na prática clínica, o paciente com TOC apresenta um quadro clínico complexo, no qual o profissional para fazer o diagnóstico clínico necessita distinguir o transtorno de quadros que apresentam sintomas semelhantes, bem como excluir que os sintomas façam parte do quadro clínico de doenças médicas, especialmente neurológicas e que sejam efeito de substâncias, inclusive de certos medicamentos usados como coadjuvantes na farmacoterapia do transtorno. Deverá ainda identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento, como é o caso dos transtornos do humor (e da depressão em particular), para poder planejá-lo adequadamente.

O presente capítulo tem por objetivo apresentar os critérios atuais para o diagnóstico do TOC, discutir o diagnóstico diferencial com transtornos psiquiátricos que apresentam manifestações clínicas semelhantes e com os quais eventualmente o transtorno se confunde. Serão descritas ainda as comorbidades mais comuns observadas em pacientes com TOC bem como as implicações para o diagnóstico e o tratamento.

## O DIAGNÓSTICO DE TOC NOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DSM-IV e DSMV

### DSM V

Em maio de 2013 foi lançada a 5ª revisão do DSM (DSM V). Foram feitas pequenas alterações na redação dos critérios diagnósticos algumas modificações e o TOC deixou de fazer parte dos transtornos de ansiedade (DSM-IV) para ser incluído, numa nova categoria - transtornos relacionados ao TOC (Obsessive-compulsive related disorders) (**quadro 1**). O colecionismo (ou transtorno do colecionamento) foi separado do TOC e incluído no mesmo grupo como um transtorno independente.

*Quadro 1. Transtornos obsessivo-compulsivos relacionados (Obsessive-compulsive related disorders)*

- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno do colecionamento (Hoarding Disorder)
- Síndrome de referência olfatória (Olfactory Reference Syndrome)
- Transtorno do beliscar-se (Skin Picking Disorder)
- Transtorno do arrancar cabelos Hair-Pulling Disorder (Trichotillomania)
- Transtorno do corpo dismórfico (Body Dysmorphic Disorder).

No **quadro 2** os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - **V Edição** (DSM-V) para diagnóstico do TOC.

### **Quadro 2 - Critérios diagnósticos do TOC de acordo com DSM-V (APA 2013; DSM5,)**

A) Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

**Obsessões** são definidas conforme 1 e 2:

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados em algum momento durante a perturbação, como intrusivos, indesejáveis e que causam acentuada ansiedade ou desconforto na maioria dos indivíduos;
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (por exemplo, executando uma

compulsão);

**Compulsões** são definidas por 1 e 2:

1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

2. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir ansiedade ou desconforto ou prevenir algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais ou não são conectados de uma forma realística com o que pretendem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos.

B) As obsessões ou compulsões consomem tempo (por exemplo, tomam mais de uma hora por dia) ou causam desconforto clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento;

C) Os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância (p.ex. droga de abuso ou a uma medicação) ou a outra condição médica.

D) O conteúdo das obsessões ou compulsões não pode ser preferentemente atribuído a sintomas de algum outro transtorno do DSM V (p. ex., preocupações excessivas no TAG; comer ritualisticamente em transtornos da alimentação; arrancar cabelos na tricotilomania; beliscar a pele no transtorno do beliscar-se; preocupação com aparência no transtorno dismórfico corporal; preocupação com drogas ou com jogo nos transtornos de uso de substância ou relacionados; preocupação com objetos no transtorno do colecionamento; preocupação com doenças graves na presença de ansiedade relacionada a doenças; preocupação com impulsos ou fantasias sexuais nas parafilias; preocupação com impulsos nos transtornos de controle de impulsos; rumações de culpa no transtorno depressivo maior; inserção do pensamento ou preocupações delirantes num transtorno psicótico, ou padrões de comportamentos repetitivos nos transtornos do espectro do autismo.

Indicar se as crenças relacionadas ao TOC são atualmente caracterizadas por:

*Insight bom ou razoável:* o indivíduo reconhece que as crenças TOC definitivamente ou

provavelmente não são verdadeiras, ou que elas podem ser ou não ser verdadeiras;  
*Insight pobre*: o indivíduo pensa que as crenças TOC são provavelmente verdadeiras;  
*Insight ausente*: o indivíduo está completamente convencido de crenças TOC são verdadeiras.

**Especificar se:**

**O TOC é relacionado a tiques:** se o indivíduo tem uma história de um transtorno de tique crônico ao longo da vida

*Mudanças dos critérios do DSM IV para o DSM V*

Os critérios para o diagnóstico de TOC de acordo com o DSM-V sofreram pequenas modificações na redação, em relação ao texto do DSM-IV. Os conceitos de obsessão e compulsão foram clarificados e simplificados: foi substituindo, por exemplo, a palavra “impróprio” por “indesejável”; o critério B (reconhecimento de que as obsessões são excessivas e não razoáveis) foi abolido por ser um critério subjetivo e difícil de operacionalizar. Foi sugerido ainda que conste mais claramente no texto explicativo a palavra evitação e sua função, um sintoma muito comum no TOC e com a mesma função que as compulsões; foi sugerido ainda que seja destacado, mesmo que no texto descritivo, a característica de as obsessões e compulsões no TOC usualmente não serem agradáveis, bem como as principais dimensões de sintomas. Foi reescrito o critério C (significância clínica) que passou para B; foi reescrita e ampliada a lista de transtornos com as quais deve ser feito o diagnóstico diferencial (critério D); foi incluído um sub-tipo de TOC: relacionado a tiques; foram revisados os especificadores (*insight*) que pode variar de “bom” a “ausente”) (Leckman e cols, 2010)

**CID - 10**

A CID-10 também está passando por uma revisão, mas a CID-11 ainda não tem data para ser lançada. Na CID-10 o transtorno obsessivo-compulsivo está incluído dentro da categoria dos “Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes” (F40-F48), dentro de uma categoria específica (F42), subdividido ainda nas subcategorias F40.0 – com predominância de pensamentos obsessivos ou ruminatórias obsessivas, F42.1 – com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos), F42.2 pensamentos e atos obsessivos mistos .

**Quadro 3 - Critérios para diagnóstico do TOC de acordo com a Classificação Internacional das Doenças 10ª revisão (CID-10):**

**A.** Compulsões ou obsessões (ou ambas) estão presentes na maioria dos dias, por um período de pelo menos duas semanas.

**B.** Obsessões (pensamentos ideias, imagens) e compulsões (atos) compartilham os seguintes aspectos os quais devem estar presentes:

**1)** São reconhecidas como originando-se da mente do paciente e não impostas por pessoas ou influências externas.

**2)** São repetitivas e desagradáveis e pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente.

**3)** O paciente tenta resistir a elas, (mas a resistência a obsessões ou compulsões de longa duração pode ser mínima mesmo que minimamente). Pelo menos uma obsessão ou compulsão à qual se resiste sem êxito deve estar presente.

**4)** A vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não é prazerosa em si mesma (isto deve ser distinguido do alívio temporário de tensão ou ansiedade).

**C.** As obsessões ou compulsões causam angústia ou interferem com o funcionamento social ou individual do paciente, usualmente pela perda de tempo.

**D.** As obsessões e compulsões não são o resultado de outros transtornos mentais tais como esquizofrenia e transtornos relacionados ou transtornos do humor.

Os critérios da CID-10 apresentam algumas diferenças em relação ao DSM. Não especificam um tempo mínimo gasto por dia em rituais ou obsessões (> de 1 hora), mas os sintomas devem estar presentes na maior parte dos dias, por duas semanas; a vivência do pensamento obsessivo ou a realização do ato compulsivo não deve ser prazerosa; pelo menos uma obsessão ou compulsão reconhecida como excessiva e irracional deve estar presente; deve haver pelo menos um sintoma ao qual o paciente não consegue resistir o que supõe que deva haver algum grau de *insight* enquanto que o DSM V prevê a possibilidade de ausência de *insight*. (OMS, 1998)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TOC EM RELAÇÃO A OUTROS  
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS E CONDIÇÕES MÉDICAS

Obsessões e compulsões podem fazer parte do quadro clínico de diversos transtornos psiquiátricos, doenças médicas, particularmente transtornos neurológicos, podendo ainda ser efeito fisiológico direto de várias substâncias, inclusive medicamentos. Antes de estabelecer o diagnóstico positivo de TOC o profissional deverá fazer o diagnóstico diferencial com todas essas condições que podem ter sintomas semelhantes.

### *Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC)*

Os indivíduos que apresentam o TPOC caracterizam-se por serem perfeccionistas, excessivamente preocupados com detalhes, cumprimento de regras, organização e horários. São exigentes, rígidos e inflexíveis em questões de moral tanto para consigo mesmos como com em relação aos outros. Caracterizam-se, ainda, pelo excessivo devotamento ao trabalho e à produtividade com prejuízo de atividades de lazer e das amizades. São controladores, centralizadores das decisões, excessivamente responsáveis, tendo dificuldades para delegar tarefas e trabalhar com outras pessoas. São teimosos, obstinados, com dificuldade em aceitar opiniões divergentes, ouvir críticas e aceitar falhas. Consideram sua maneira de ser correta (ego-sintônicos) e sentem-se bem em conseguir agir de acordo com seus padrões de exigência mesmo que muito elevados e sofrem quando não conseguem atingi-los (APA-DSM V; Eisen, 2006).

Em comum com o TOC os indivíduos com TPOC são perfeccionistas, tendem a ser atormentados por dúvidas recorrentes (intolerância a incerteza), indecisões, necessitam repetir tarefas e demoram a completá-las em razão do perfeccionismo, fazem verificações para ter controle e para não cometerem falhas. Outro aspecto em comum são as compulsões por acumular objetos. Indivíduos com TOC e TPOC podem apresentar dificuldade ou incapacidade de se desfazer de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental. Com frequência adotam um estilo miserável quanto a gastos pessoais e com outras pessoas e o dinheiro é visto como algo que deve ser guardado para enfrentar catástrofes futuras. No TPOC os objetos muitas vezes são guardados com zelo e controle. No colecionismo (ou transtorno do colecionamento) primário ou associado ao TOC geralmente os sintomas são mais graves, os objetos são guardados em desordem, atravancam os espaços, que se tornam descaracterizados quando ao uso a que se propunham. Em razão dessa sobreposição tem sido sugerido

que o critério “incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis...” seja retirado dos critérios da TPOC.

No TPOC embora os traços OC e as manifestações comportamentais tenham uma qualidade compulsiva (intencionais, repetitivos, difíceis de resistir ou controlar), eles são ego-sintônicos, isto é: percebidos como corretos e em acordo com as normas internas e os ideais do indivíduo e são menos incapacitantes que no TOC onde não são prazerosos e associados com desconforto (ego-distônicos). No TPOC não existem obsessões ou compulsões definidas de forma estrita - pensamentos intrusivos (obsessões) envolvendo riscos, acompanhados de medo e ansiedade precedendo as compulsões que são realizadas com a finalidade de afastar ou eliminar a ameaça e reduzir o desconforto, como no TOC. No TPOC a ameaça eventualmente é mais “moral”, de cometer uma falha ou de não cumprir com um compromisso (chegando atrasado, por exemplo) ou com a palavra empenhada

A prevalência da TPOC na população em geral é de 0,9 a 2% enquanto que a do TOC é de 2 a 3% (Eisen, 2006). O TPOC, entretanto, é comum em indivíduos com TOC e ocorre em 25 a 32% deles. Por outro lado a prevalência de TOC em amostras de pacientes com TPOC está em torno de 20%. Foi proposto que a comorbidade de TOC e TPOC represente um subtipo específico de TOC com um início dos sintomas mais precoce, com uma frequência maior de obsessões por simetria e compulsões por limpeza, ordem, repetições e colecionismo, mas essa sugestão necessita ser estabelecida com maior consistência. (Hummelen, 2008; Meredith, 2008).

Finalmente deve-se destacar que as evidências de resposta da TPOC aos ISRS e à terapia de EPR são incompletas podendo entretanto os pacientes com esses transtornos se beneficiar de terapias de longo prazo (TCC ou psicodinâmicas).

### *Hipocondria*

A hipocondria caracteriza-se pela ideia de ter ou pelo medo persistente de ter (ou de vir a ter) uma doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sintomas físicos. Existem muitas semelhanças entre a hipocondria e o TOC, até porque obsessões sobre a possibilidade de estar tendo uma doença são comuns no TOC. Na hipocondria ocorrem pensamentos persistentes, dúvidas e rumações sobre a possibilidade de ter uma doença grave, preocupações com a saúde (obsessões)

seguidas de hipervigilância sobre eventuais sintomas físicos, verificação frequente de pulso, pressão e temperatura (muitas vezes em situações em que existem variações normais, como por exemplo durante a prática de exercícios físicos ou em momentos de estresse), checagens repetidas do próprio corpo (do abdômen, do pescoço em busca de linfonodos, do pulso das carótidas) e, sobretudo, repetições de exames e de avaliações médicas. O tema central das preocupações é a saúde e a possibilidade de ter uma doença grave. Os hipocondríacos necessitam frequentemente obter garantias com os profissionais de que não apresentam nada de grave, sendo muitas vezes, essa a única forma de se tranquilizarem. No TOC também pode ocorrer uma preocupação com doenças, mas normalmente é com a possibilidade de ter se contaminado (com HIV), ou de vir a contaminar-se no futuro (com radiações, com o vírus H1N1, HIV, leptospirose, hepatite) seguida de evitações e lavações excessivas. Além disso podem estar presentes sintomas de outras dimensões (verificações, pensamentos indesejáveis, simetria/alinhamento, armazenamento). Avaliações distorcidas como exagerar o risco, necessidade de ter certeza, pensamentos catastróficos e hipervigilância são aspectos cognitivos comuns aos dois transtornos (Abramowitz 2006).

Os pacientes hipocondríacos geralmente relutam em procurar um psiquiatra, devido à convicção de que estão tendo uma doença física e pela ausência de *insight* no sentido de reconhecer que se trata de um transtorno mental. A meta, com esses pacientes, é o controle dos sintomas através de consultas regulares com um clínico de confiança, que garanta que estão sendo bem cuidados e que investigações serão feitas sempre que houver qualquer evidência de que possam estar apresentando algum problema médico, evitando-se a repetição de procedimentos e exames desnecessários. A hipocondria apresenta alguma resposta aos mesmos medicamentos utilizados no TOC e, em especial, à terapia cognitivo-comportamental e ao manejo comportamental de estresse (Abramowitz 2006; Thompsom, 2007).

### *Transtorno dismórfico corporal*

Facilmente confundido com o TOC o transtorno dismórfico corporal (TDC) é conhecido popularmente como a “feiura imaginária”. Sua característica principal é a preocupação excessiva com um aspecto ou defeito na aparência pessoal, ao ponto de causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional (DSM

IV). Essas preocupações, que lembram muito as obsessões ou as ruminções do TOC, incluem diversos defeitos imaginários na face ou na cabeça, na pele, na quantidade de cabelos, ou no formato do rosto. As queixas mais comuns são em relação ao rosto, às orelhas, aos seios e aos genitais em homens (tamanho ou volume do pênis), mas também são frequentes em relação ao nariz, aos cabelos, a pintas ou à quantidade de pelos do tórax ou das costas. Praticamente todos os pacientes apresentam um ou mais comportamentos repetitivos que lembram rituais como comparar-se com os outros, camuflar ou tocar de forma repetida áreas do corpo das quais não gostam, confirmar com as outras pessoas, exercitar-se excessivamente ou comprar demasiadamente produtos de beleza para compensar detalhes da aparência supervalorizados ou defeitos imaginários.

As preocupações que ocorrem no TDC apresentam muitas semelhanças com as obsessões do TOC. São pensamentos intrusivos cujo conteúdo são preocupações persistentes e recorrentes (obsessões) com a aparência, cujo conteúdo são avaliações distorcidas negativas, focadas em algum aspecto da aparência (semelhança com o que ocorre na anorexia nervosa), acompanhadas de grande aflição, que induzem o paciente a executar de forma repetida atos destinados a diminuir a aflição, como verificar-se no espelho, apalpar-se, comparar-se com outros ou perguntar repetidamente (que lembram as verificações do TOC).

O TDC ocorre em 6.8% dos indivíduos com TOC e sua prevalência é ainda maior, de 21.5%, quando além do TOC existem associadas as chamadas “grooming disorders” (tricotilomania, automutilações como beliscar-se, morder os lábios ou a cutícula e roer unhas), sugerindo que esse grupo constitua um subgrupo distinto dentre as diferentes apresentações (fenótipos) do TOC (Lovato, 2012). É muito comum em pacientes que procuram clínicas dermatológicas onde ao redor de 14% dos pacientes apresentam TDC (Conrado, 2010).

Os pacientes com TDC tendem a ter *insight* menor do que os que tem TOC, a considerar suas preocupações como verdadeiras, com frequência em nível delirante (27 a 60%), enquanto que no TOC apenas 2% apresentam obsessões nesse nível (Philips, 2010). Acompanham sentimentos de não serem admirados ou apreciados pelos outros, de serem pessoas sem atrativos ou inadequados. Evitam situações em que tenham que se expor publicamente, como em praias, piscinas e chuveiros públicos, lembrando de

certa forma o que ocorre na ansiedade social. Tem sido sugerido que no DSM V o TDC seja incluído no grupo dos transtornos obsessivo-compulsivos relacionados ao TOC (Stein, 2010).

Aparentemente a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a abordagem mais efetivas para o tratamento de pacientes com TDC (Williams,2006).Existem algumas evidências de eficácia no TDC de medicamentos inibidores seletivos da recaptção da serotonina como a fluoxetina e também da clomipramina (Hollander 1999; Ipser 2009, Phillips, 2002;2004 ).

### **Transtorno de Tiques e Síndrome de Tourette**

Tiques são movimentos motores ou vocalizações, súbitos, rápidos, recorrentes, estereotipados e não-rítmicos (DSM IV). Podem ser precedidos por sensações subjetivas de desconforto como coceira, tensão ou aperto nas áreas do tique ou ainda por tensão mental interna. Em crianças é mais difícil do que em adultos identificar as sensações premonitórias, que precedem os tiques. Na síndrome de Tourette (ST) além de tiques motores estão presentes vocalizações (tiques vocais).

Os meninos são afetados três vezes mais do que as meninas. Os tiques motores e vocais podem ser simples (envolvendo apenas alguns músculos ou sons simples), como piscar de olhos, torcer o nariz, contrair o pescoço, encolher os ombros, contrair os lábios ou a testa, grunhir, tossir, fungar, pigarrear; ou complexos (envolvendo múltiplos grupos musculares ou palavras), como empurrar o braço, chutar, espernear, movimentar os lábios como se fosse beijar, virar a cabeça, jogar o pescoço, fazer gestos, pular, tocar, bater com os pés, cheirar repetidamente um objeto, acocorar-se, dobrar os joelhos ou imitar involuntária e espontaneamente o comportamento de outra pessoa (ecopraxia). Em poucos casos, as vocalizações incluem frases ou palavras inapropriadas (palavrões) – a chamada coprolalia, que não são nem voluntárias, nem intencionais e a copropraxia (gestos vulgares, obscenos ou sexuais súbitos).

Em indivíduos com TOC presença de tiques é muito comum, particularmente em meninos com TOC de início na infância, podendo afetar de 40 a 60 % dos indivíduos, e essa prevalência aumentada é bidirecional: também são muito comuns sintomas OC em indivíduos com tiques: (26,2 %) (Lewin, 2010; Nestadt,2009). O TOC associado a tiques constitui de acordo com o DSM V um subgrupo específico de pacientes.

Existem semelhanças e diferenças entre tiques e comportamentos repetitivos do TOC – o que pode provocar dúvidas e, eventualmente, problemas diagnósticos. Tanto os tiques como as compulsões são atos que o indivíduo é compelido a executar, aos quais pode resistir às custas de aumento da tensão interna. A execução de ambos leva um alívio dessa tensão. Os tiques são movimentos rápidos, não-planejados, não intencionais, nem sempre previsíveis, geralmente incontroláveis ou controláveis voluntariamente por períodos curtos de tempo e não são realizados com um propósito específico. As compulsões no TOC, são atos voluntários, repetitivos, executados em resposta a uma obsessão (p.ex. lavar as mãos para evitar uma contaminação) e mais próximos dos comportamentos “normais”. Geralmente precedidos por uma cognição ou pensamento catastrófico específico, são executados com uma intenção e uma finalidade: diminuir (neutralizar) o medo, ansiedade ou desconforto associados a uma obsessão, afastar uma ameaça ou prevenir um acontecimento indesejado ou um desastre. É possível resistir à sua execução mesmo por longos períodos, o que não ocorre com os tiques.

No TOC existe, entretanto, um grupo de compulsões ou atos motores muito semelhantes aos tiques ou “tique-like” com os quais eventualmente é difícil fazer o diagnóstico diferencial. Essas compulsões podem não ser precedidas por uma cognição específica mas por sensações físicas (fenômenos sensoriais) de tensão, coceira, que são aliviadas aliviar com a execução do ato compulsivo. Exemplos: tocar, raspar, olhar para o lado, dar batidinhas, abaixar-se, que lembram muito os tiques. Outros rituais como alinhar, ordenar, compulsões por simetria, precedidos muitas vezes também por sensações ou experiências do tipo “not just right” podem ser difíceis de distinguir de tiques motores mais complexos. As compulsões do TOC geralmente são atos voluntários, precedidos por uma justificativa aos quais o indivíduo pode resistir mesmo por longos períodos.

A distinção entre os dois tipos de sintomas é importante pelas implicações terapêuticas. Ao contrário do TOC, os tiques ou a ST não respondem à TCC, mas respondem ao uso de medicamentos como haloperidol, pimozida, risperidona e clonidina e à terapia denominada de reversão de hábitos.

## **Transtornos globais do desenvolvimento**

Os transtornos globais do desenvolvimento caracterizam-se por dificuldades na interação social e de comunicação decorrentes de um comprometimento grave e global de diversas áreas responsáveis por essas habilidades. Observam-se também estereotípias de comportamento, bem como um repertório restrito e também estereotipado de interesses e atividades (DSM IV). Esses últimos sintomas lembram obsessões e compulsões, e por esse motivo podem ser confundidos com o TOC. Dentre esses transtornos destacam-se os transtornos do grupo do autismo como o transtorno autista e o transtorno de Asperger, que com frequência são confundidos com TOC.

### *Transtorno autista*

No transtorno autista existe um marcado comprometimento da capacidade de interagir socialmente, de estabelecer relacionamentos com as outras pessoas, da capacidade de utilizar comportamentos não verbais para comunicação: contato visual, expressão facial, posturas e gestos, com atrasos e até ausência de comunicação verbal. Apresentam ainda padrões restritos e repetitivos de comportamento, de interesses e atividades, adesão irrestrita a rotinas ou rituais específicos e não funcionais, maneirismos motores estereotipados e repetitivos (agitar ou torcer as mãos ou os dedos ou movimentos complexos de todo o corpo) realizados sem uma finalidade. No TOC os comportamentos repetitivos ou compulsões são comportamentos mais complexos, realizados em resposta a obsessões e com a finalidade de diminuir o desconforto associado. Não existe o marcado comprometimento da interação social característico dos transtornos do espectro do autismo.

### *Transtorno de Asperger*

Os indivíduos com transtorno de Asperger apresentam um comprometimento persistente da interação social, deficiências acentuadas no uso de comportamentos não verbais (contato visual, expressão facial, gestos) para estabelecer contatos sociais; fracasso em desenvolver comportamentos apropriados com seus pares; ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas; ausência de reciprocidade social ou emocional. As deficiências de interação social não são tão graves como no autismo. Apresentam ainda comportamentos repetitivos que podem eventualmente ser confundidos com compulsões do TOC. Podem

apresentar, por exemplo, um interesse intenso e persistente sobre um tópico sobre o qual o indivíduo pode reunir grande quantidade de fatos e informações; preocupação insistente com partes de objetos - o que lembra as obsessões do TOC; adesão aparentemente inflexível a rotinas e rituais específicos; maneirismos motores estereotipados e repetitivos que lembram compulsões. Não apresentam atrasos importantes em áreas como a linguagem, autocuidado e desenvolvimento cognitivo, podendo destacar-se por habilidades cognitivas em determinadas áreas, geralmente restritas.(DSM IV).

*Síndromes genéticas: síndrome de Prader-Willi, síndrome de Down e doença de Wilson*

#### *Síndrome de Prader-Willi*

A síndrome de Prader-Willi (SPW) um transtorno genético complexo caracterizado por retardo mental leve, comportamento incessante de busca por comida, teimosia e explosões de agressividade. Tanto obsessões relacionadas ou não com alimentos, como compulsões, como, por exemplo, simetria, ordenamento, exatidão, arranjo, preocupações com contaminação e limpeza, colecionamento, necessidade confessar são comuns entre indivíduos com SPW (Dykens, 1996). Não existem relatórios publicados sobre o tratamento dos sintomas do TOC na SPW. A terapia de EPR parece ter alguma utilidade na redução das compulsões não relacionadas com comida.

#### *Síndrome Down*

A síndrome de Down (SD), um distúrbio cromossômico caracterizado pela presença total ou parcial de um cromossomo 21 extra. Caracteriza-se por comprometimento da capacidade cognitiva (retardo mental), do crescimento físico, do desenvolvimento e da aparência facial. Indivíduos com SD tem uma prevalência relativamente alta de TOC, quase o dobro da que tem sido descrita na população em geral. Entre os indivíduos com SD e TOC são comuns a lentidão obsessiva, a necessidade de exatidão, compulsões de ordenamento /organização (Charlot, 1995).

#### *Doença de Wilson*

A doença de Wilson é uma doença genética neurodegenerativa, que apresenta ampla

heterogeneidade dos sintomas e, geralmente apresenta-se com doença hepática e ou manifestações neuropsiquiátricas. As manifestações neurológicas mais comuns são disartria, distúrbios da marcha, distonia, rigidez, tremor, disfagia e coreia. As manifestações psiquiátricas mais frequentes são mudanças de personalidade e do humor, depressão, fobias, comprometimento cognitivo, psicose, ansiedade, comportamento compulsivo e impulsivo. Transtorno obsessivo-compulsivo isolado (TOC) é uma apresentação rara da doença de Wilson (Kumawat,2007).

### *Transtornos do controle dos impulsos*

Essa categoria diagnóstica reúne um grupo de transtornos caracterizados por: 1)envolvimento do indivíduo em comportamentos repetitivos ou compulsivos apesar das consequências adversas ou prejudiciais para si próprio ou para terceiros; 2) dificuldade em controlar tais atos e em resistir ao impulso ou à tentação de executá-los; 3)os atos são precedidos por uma crescente tensão, excitação ou impulso para executá-los; 4) sensação de prazer ou alívio ao executá-los, podendo ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa (APA 2013).

Os transtornos do controle de impulsos (TCIs) incluem uma variedade de comportamentos compulsivos como tricotilomania, roer as unhas, beliscar-se auto-mutilações (arranhar-se, cortar-se, coçar o globo ocular ou tentar arrancá-lo, coçar feridas na pele ou no couro cabeludo, cutucar), a compulsão por compras, o jogo patológico, compulsão por roubar (cleptomania) e a piromania e com frequência são confundidos com o TOC. *Skin picking* patológico, tricotilomania e roer unhas tem sido designados coletivamente como “*grooming disorders*” (GDs) pois lembram comportamentos repetitivos observados em animais como lamber as patas ou arrancar penas. Os pacientes com tais condições muitas vezes cobrem o corpo para esconder as lesões que podem inflamar e até infeccionar. A presença de TCIs em indivíduos com TOC é alta variando de 16.4% até quase 40% (Fontenelle et al., 2005; Matsunaga et al., 2005; Nestadt, 2009).

Existem algumas semelhanças e diferenças entre os TCIs e o TOC. Nos TCIs o os indivíduos agem impulsivamente, movidos por uma antecipação de que irão sentir prazer ou excitação e não se preocupam com as consequências (p. ex. no jogo patológico, no comprar compulsivo). O ato em si é prazeroso, embora possa haver arrependimento depois. No TOC os rituais são precedidos por medos, angústia, pela presença de

obsessões de conteúdo negativo e catastrófico e os rituais são realizados para aliviar o medo ou desconforto e para afastar ameaças ou a possibilidade de falhas (Grant, 2010 A).

### *Tricotilomania(TTM) e Skin picking (SP)*

Tricotilomania é o comportamento recorrente de arrancar cabelos, resultando em perda capilar perceptível. Os cabelos podem ser arrancados de qualquer região do corpo, sendo as mais comuns o couro cabeludo, as sobrancelhas e os cílios. Também podem ser arrancados pelos das regiões pubiana, retal ou axilar. Os indivíduos que apresentam o transtorno podem, ainda, tentar arrancar os cabelos de outras pessoas, pelos de animais de estimação, fios de tapetes, de blusas ou até de carpetes. Além de arrancar o cabelo, podem apresentar alguns comportamentos associados, como examinar a raiz capilar ao arrancá-la, enfiar uma mecha entre os dentes ou comer os fios arrancados (tricofagia).

O impulso para arrancar cabelos é desencadeado em situações de estresse ou em momentos de ansiedade, mas não é precedido por obsessões, como usualmente ocorre no TOC e sim pela sensação de tensão crescente que ocorre imediatamente antes do ato, seguida da sensação prazer ou de alívio e diminuição da tensão após (DSM IV). Tanto a TTM como o SP estão incluídos dentro da categoria dos transtornos do controle de impulsos. Há uma sugestão de que os critérios diagnósticos B e C (tensão crescente precedendo o arrancar os cabelos e sensação de prazer ou alívio após sejam excluídos da lista de critérios do DSM V para TTM (Lochner 2011).

O termo *skin picking* (SP) compreende atos repetitivos como beliscar ou arranhar a pele, machucar-se com algum instrumento, morder os lábios ou as cutículas, coçar o couro cabeludo, cutucar uma berruga ou tentar arrancá-la, etc.). Tais comportamentos são precedidos por sensações de tensão, ocorrem em momentos de estresse e são acompanhados por ansiedade. O SP ocorre em 16.3% dos indivíduos com TOC e é bem mais comum em mulheres, com altos índices de roer unhas associado e uma prevalência aumentada de *grooming disorders* em familiares de primeiro grau. (Stein, 2010; Grant, 2010; Lovato, 2012;).

A comorbidade de TTM e as *grooming disorders* como grupo e o TOC é mais comum em mulheres, cujos sintomas OC iniciaram mais cedo, de nível educacional

mais elevado e que tendem ainda a apresentar o transtorno dismórfico corporal associado. (Lovato, 2012). Talvez as *grooming disorders* sejam incluídas no grupo dos os transtornos obsessivo-compulsivos relacionados ao TOC (Stein 2010).

### *Compras compulsivas, jogo patológico, sexo compulsivo*

Compras compulsivas, jogo patológico, sexo compulsivo podem ser confundidos com o TOC na medida em que os indivíduos com esses transtornos apresentam obsessões relacionadas a certos temas, como compras, sexo promíscuo e jogo, e, aparentemente, atuam de forma compulsiva: experimentam tensão crescente que os leva a praticar algum ato impulsivo geralmente prejudicial a si próprio. A execução do ato é acompanhada da sensação de prazer ou alívio de tensão. A distinção entre esses problemas e o TOC reside no fato de a pessoa obter alívio de tensão ou até mesmo prazer com tais comportamentos, que podem envolver um grau maior ou menor de risco e que são executados de forma impulsiva, sem planejamento e sem controle, mesmo que a pessoa venha a se arrepender posteriormente. Não há cognições de conteúdo catastrófico ou ameaças a serem afastadas precedendo tais comportamentos. Não há, no momento da execução, preocupação maior com o prejuízo que possa resultar do ato praticado. Já as compulsões do TOC são precedidas por obsessões de conteúdo negativo ou catastrófico, não produzem prazer, e sim alívio da ansiedade ou do medo. Por sua vez, no TOC, os pacientes têm medo de realizar atos que representam algum risco para si ou para outras pessoas.

Em razão da ausência de sofrimento, de *insight* e de motivação e de prazer associado os compradores compulsivos, jogadores patológicos e compulsivos sexuais dificilmente buscam tratamento, pois terão que abandonar comportamentos que muitas vezes são excitantes ou prazerosos. Embora a terapia cognitivo-comportamental possa ser útil nesses transtornos, as técnicas utilizadas são distintas e a efetividade no tratamento dessas condições não está bem-estabelecida.

### *Sintomas OC secundários a problemas neurológicos e outras doença médicas*

Inúmeras condições médicas, especialmente neurológicas, podem apresentar entre as suas manifestações, sintomas OC. Existem relatos de casos de sintomas OC após TCE (acidentes de carro), após acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos que comprometam circuitos relacionados com os gânglios da base

(núcleo caudato, tálamo), com o córtex órbito-frontal direito; ou então associados a doenças como esclerose múltipla, neuroacantose, doença de Wilson, doença de Parkinson, doença de Huntington (degeneração do núcleo caudato), Coreia de Sydenham, paralisia supranuclear progressiva, tumores cerebrais, epilepsia como seqüela de neurocirurgia, neurocirurgia da epilepsia, após encefalites virais, toxoplasmose, febre reumática, nos transtornos associados a infecções pelo estreptococo beta hemolítico do grupo (PANDAS), após envenenamento por dióxido de carbono, entre outras condições. São necessárias evidências a partir dos achados da história, exame físico ou exames laboratoriais de que as manifestações OC sejam atribuíveis a uma condição médica (DSM-V).

#### *Transtorno Obsessivo-Compulsivo induzido por substância ou transtornos relacionados (DSM-V)*

Sintomas OC podem surgir por efeito fisiológico direto do uso de substâncias e é sempre prudente fazer esse diagnóstico diferencial. O DSM-V estabelece alguns critérios. São necessárias evidências a partir dos achados da história, exame físico, ou de exames laboratoriais de que os sintomas OC predominem no quadro clínico e desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após uso persistente, intoxicação ou abstinência de substância (APA-DSM V). Manifestam-se predominantemente sob a forma atos compulsivos repetitivos, geralmente não precedidos de obsessões, executados sem uma finalidade ou sem um foco, parecendo movimentos robóticos.

O surgimento de sintomas OC tem sido relatado durante o uso de risperidona, clozapina, o aripiprazol, quetiapina, topiramato no tratamento de pacientes esquizofrênicos ou bipolares. Há relatos também do surgimento de sintomas OC durante a terapia com interferon um medicamento utilizado no tratamento de hepatite C, esclerose múltipla, câncer sistêmico e leucemia, assim como no uso abusivo de ecstasy e na retirada da metadona.

#### COMORBIDADES COM O TOC

Os transtornos descritos até agora, apresentam semelhanças com o TOC provocando muitas vezes dificuldades para o diagnóstico diferencial. Alguns deles frequentemente são comorbidades como é o caso da TPOC, dos tiques e das *grooming disorders*. A

presença de comorbidade é muito comum em indivíduos com TOC, é mais a regra do que a exceção. Um estudo entrevistou um total 25180 indivíduos na comunidade e encontrou 444 indivíduos com TOC, sendo que 35,7% apresentavam pelo menos uma comorbidade ao longo da vida (Mohamadi, 2007). Outras pesquisas apontam cifras que excedem 50%. Ou seja: é muito comum a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos associados ao TOC. Serão descritos a seguir transtornos que com frequência são comórbidos com o TOC, bem como as implicações para o diagnóstico e o planejamento tanto do tratamento medicamentoso como psicoterápico.

### **Depressão, ideação suicida**

Depressão é a comorbidade mais comum no TOC. As taxas variam em razão de as amostras serem distintas: amostras clínicas ou populacionais. Um estudo mostrou que 67,2% dos pacientes com TOC tiveram depressão maior (grave) ao longo da vida e 44% apresentavam na época da pesquisa (Quarantini,2011). Outro estudo encontrou uma prevalência de 64,1% (Tímpano,2011). Outros encontraram prevalências menores de 37.7) (Nestadt,2009). Por outro lado uma pesquisa de base populacional, com mais de 25000 pessoas encontrou uma taxa de 14% de depressão maior ao longo da vida nos indivíduos que apresentavam TOC (Mohamadi,2007). A depressão comórbida com o TOC pode estar relacionada à própria psicopatologia do transtorno, secundária a ele, ou pode ser um transtorno independente.

No TOC é muito comum a depressão associada a obsessões indesejáveis de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, pelas quais o paciente se culpa pois tem medo de praticá-las ou em razão de escrúpulos sobre a possibilidade de falhas morais ou de falhas em geral, ou ainda quando os sintomas OC são muito graves, incapacitantes. Na prática, é comum, quando os sintomas depressivos são consequência do TOC, a melhora dos sintomas OC ser acompanhada de melhoras no humor.

Os sintomas depressivos podem, no entanto, ser manifestações de um transtorno do humor unipolar (depressão maior, distímia) ou episódio depressivo do transtorno do humor bipolar (THB), independentes do TOC. Como regra tais sintomas preexistiam ao TOC e o retorno ou agravamento dos sintomas podem ocorrer de forma independente. A distinção é importante porque na depressão do THB podem ocorrer viradas maníacas com o uso de antidepressivos (antiobsessivos) e pacientes que estejam apresentando

um episódio de depressivo maior grave (muitas vezes recorrente) podem não ter ânimo e energia suficientes para se empenhar nas tarefas que lhes são solicitadas na terapia cognitivo-comportamental, impedindo a resposta ao tratamento (Abramowitz, 2004). Esses pacientes geralmente necessitam de medicamentos, de preferência antidepressivos, que também aliviam os sintomas OC e de TCC focada inicialmente nos sintomas depressivos, para assim que o paciente possa se sentir motivado e com mais energia, focar nos sintomas OC.

Quando os sintomas depressivos são graves acompanhados de desesperança e descrença na possibilidade de melhorar do TOC, podem ocorrer ideias de suicídio. Nesses casos deve-se fazer uma avaliação criteriosa do risco de suicídio ou suicidabilidade, geralmente subestimado (Torres et al. 2007). A presença de depressão, obsessões de conteúdo agressivo e gravidade dos sintomas OC foram preditores de ideação suicida em pacientes com TOC (Balci, 2010). Um estudo em nosso país concluiu que quase a metade dos pacientes com TOC (46%) haviam tido ideação suicida em algum momento; 20% tinham feito planos de suicídio e 10% haviam tentado o suicídio. Depressão ao longo da vida e transtorno de estresse pós-traumático foram comorbidades que se mantiveram independentemente associadas a todos os aspectos dos comportamentos suicidas nesses pacientes (Torres, 2011).

### **Transtornos de ansiedade**

Junto com a depressão os transtornos de ansiedade constituem as comorbidades mais comuns em indivíduos com TOC. Uma pesquisa com base na comunidade encontrou 10.8% dos indivíduos apresentando fobias específicas; 8.1% fobia social, 6.5% transtorno do pânico, e 5,2% com ansiedade generalizada (TAG) (Muhamadi, 2007). Em todas essas condições, mas em especial no TAG é comum a presença de níveis elevados de ansiedade. Pacientes com TAG podem não tolerar o aumento adicional da ansiedade usual que ocorre no início da TCC com os exercícios de exposição e prevenção de rituais. É possível que necessitem do uso associado de medicamentos ansiolíticos. Dois desses transtornos de ansiedade, em particular, podem ser confundidos com o TOC: o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas e convém descrevê-los mais especificamente.

*Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)*

O TAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva) ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses. Estão presentes inquietude, nervosismo, tensão muscular e irritabilidade praticamente constantes além de perturbações do sono e dificuldades de concentração. Em razão dessas preocupações, tais pacientes têm a necessidade de certificar-se repetidamente de que tudo está bem, especialmente com as demais pessoas, comportamento que lembra as verificações do TOC. No TAG, entretanto, as preocupações estão relacionadas com problemas reais. Na maior parte do tempo, o paciente está excessivamente apreensivo, com medo de que algo ruim possa acontecer com sua saúde, com suas finanças, seu bem-estar ou com a integridade física dos seus filhos ou dos demais membros da família, e as verificações estão relacionadas com essas questões da vida real. Os pensamentos obsessivos, no TOC não representam meras preocupações excessivas sobre problemas cotidianos ou da vida real, mas são intrusões sob a forma de pensamentos, impulsos ou imagens ego-distônicas, com pouca ou nenhuma base real, geralmente acompanhadas de compulsões ou de evitações que aliviam a ansiedade (DSM IV). A comorbidade do TOC com TAG situa-se ao redor de 7,5% (Nestadt, 2009)

### *Fobias específicas*

Fobias específicas são transtornos muito comuns e caracterizam-se por medo acentuado e persistente, excessivo e irracional que se manifesta pela presença ou antecipação do contato com um objeto ou situação fóbica e que são evitados sistematicamente. O contato com tais objetos ou situações invariavelmente provoca uma resposta de ansiedade podendo assumir a forma de um ataque de pânico (DSM IV). As fobias mais comuns estão relacionadas a pequenos animais (ratos, pássaros, cães, gatos, lagartixas), insetos (baratas, mosquitos, aranhas,) a locais ou situações (altura, dirigir carro, andar de avião, lugares fechados) e a sangue e ferimentos. O indivíduo reconhece que tais medos são irracionais. No TOC o comportamento evitativo é precedido por uma obsessão (medo de contaminação, nojo, pensamento repugnante de conteúdo violento ou sexual) e destina-se a neutralizar a ansiedade associada, reduzindo os riscos eliminando a ameaça ou simplesmente para evitar o contato com situações que ativam as obsessões como, por exemplo, não chegar perto de crianças em razão de obsessões sexuais inaceitáveis. Na fobia específica os pacientes não

apresentam sintomas de ansiedade, a não ser quando entram em contato ou quando antecipam que irão entrar em contato com os objetos ou situações evitadas e relacionadas à sua fobia. Não existem rituais ou mesmo cognições mais definidas, predominam os sintomas autonômicos de ansiedade (taquicardia, sudorese) e evitações para as quais o tratamento mais efetivo é a exposição ao vivo, como no TOC.

### **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e TOC**

É comum a associação de TDAH com TOC especialmente em meninos cujos sintomas OC iniciaram precocemente. A prevalência de TOC em indivíduos com TDAH é de 8 a 10% bem mais alta do que na população em geral. A associação é especialmente alta com a dimensão colecionamento, o que é consistente com a observação de que indivíduos com esse tipo de sintoma apresentam um substancial comprometimento em funções executivas incluindo déficits de atenção (Sheppard,2010). Os sintomas OC tendem a ser mais graves e mais persistentes quando comparados com indivíduos com TOC sem TDAH (Walitza, 2008).

Os pacientes com TDAH apresentam uma impulsividade maior do que os indivíduos com TOC. A anormalidade funcional mais consistente é um déficit inibitório no córtex pré-frontal inferior direito, que é específico do TDAH e que não ocorre no TOC (Rubia, 2010).

Crianças com TDAH têm problemas em focar a atenção e estão normalmente distraídas e são impulsivas - o que pode criar dificuldades para a realização das tarefas de EPR, enquanto que as crianças com TOC tipicamente apresentam uma inabilidade para interromper pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Ambos apresentam dificuldade em comportamentos triviais em situações do dia a dia (iniciar, executar e interromper uma atividade). Eventualmente existem sintomas comuns, como dificuldade em focar num objetivo, desorganização, acúmulo de lixo, comportamentos repetitivos e impulsividade.

### **Abuso ou dependência de álcool ou drogas**

A comorbidade de abuso e ou dependência de álcool e drogas em indivíduos com TOC é comum. Um estudo em nosso meio verificou que 7,5% de pacientes com TOC apresentavam associados transtornos relacionados ao consumo de álcool (Gentil 2009).

Pessoas dependentes de drogas ou álcool usualmente tem a sua vida comprometida pela dependência, muitas vezes com a vida pessoal desorganizada e provavelmente terão dificuldade de levar adiante as tarefas da terapia ou até mesmo aderir ao tratamento medicamentoso. Se o paciente é dependente químico, como regra, antes de iniciar o tratamento para o TOC é necessário que esteja abstinente por um algum tempo, e que esteja participando de algum programa de prevenção de recaídas. Caso venham a ocorrer recaídas provavelmente provocarão a interrupção do tratamento para o TOC, em especial a TCC.

### **Anorexia nervosa, comer compulsivo (compulsão alimentar periódica) e bulimia nervosa**

Transtornos da alimentação, como a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são mais comuns em mulheres jovens e com frequência apresentam obsessões e comportamentos compulsivos que podem ser confundidos com os sintomas do TOC. A AN caracteriza-se pela recusa em manter o peso num nível igual ou acima do mínimo aceitável para a idade ou altura, medo intenso de ganhar peso ou imagem corporal, mesmo estando abaixo do peso normal, percepção distorcida do próprio peso e ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais. Pode ser do tipo restritivo (jejuns, dietas e exercícios excessivos) ou do tipo compulsão periódica/purgativo (episódios de hiperfagia e purgações com a indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas). A BN caracteriza-se por episódios nos quais a pessoa ingere grandes quantidades de comida em curto espaço de tempo, acompanhados de um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento, que podem ser seguidos ou não de episódios purgativos para o controle de peso.

Na AN boa parte do tempo é ocupada com preocupações relacionadas com o ganhar peso, organizar a comida na despensa, e com a imagem corporal o que lembra as obsessões do TOC. São comuns rituais como, calcular repetidamente as calorias das comidas ingeridas e comparar com as que foram gastas ou praticar exercícios compulsivamente para perder peso. Rituais como apalpar-se, pesar-se ou olhar-se no espelho inúmeras vezes são frequentes e lembram as checagens do TOC. A diferença é que na AN/BN o foco é a comida e o medo é o de ganhar peso.

Existem evidências bastante consistentes de que AN/BN e o TOC são transtornos relacionados. A comorbidade com transtornos alimentares, especialmente o binge

*eating*, ocorre em 11,3% dos indivíduos com TOC (Sallet,2010). Sintomas OC na infância ocorrem em 25% dos pacientes que mais tarde apresentarão AN/BN. Existe uma associação entre transtornos alimentares, TDC e TOC (Philips, 2007). Um estudo verificou a presença de obsessões e compulsões ao longo da vida em 68% dos pacientes com AN do tipo restritivo e em 79.1% na AN do tipo compulsão periódica/purgativo, não diferindo dos controles - indivíduos com TOC, em relação a prevalência de obsessões por simetria e somáticas e nas compulsões de ordenamento e acumulação (Halmi, 2003).

A AN em particular está associada com traços de personalidade OC (ou com o transtorno da personalidade OC) como perfeccionismo, preocupação com ordem, persistência, inflexibilidade e ascetismo. Estes traços são ego-sintônicos e são acompanhados de falta de *insight* e resistência ao tratamento.

## **Esquizofrenia**

A presença de sintomas OC (ou TOC) é comum em pacientes esquizofrênicos e foi descrita em 8 a 25% dos casos. Foi observada até mesmo em paciente idosos. Está associada a sintomas psicóticos mais graves tanto positivos como negativos, a um pior prognóstico, nível de funcionamento geral menor e aparentemente a uma resistência maior ao tratamento (Poyurovsky, 2006; Cunill, 2009; Owashii, 2010).

É importante investigar se os sintomas OC não estão associados ao uso de antipsicóticos como risperidona, clozapina, aripiprazol, e até mesmo haloperidol pois existem diversos relatos de caso descrevendo tal ocorrência, onde o papel do medicamento no aparecimento dos sintomas permanece não esclarecido (Mukhopadhaya,2009).

No TOC comórbido com esquizofrenia é comum uso de ISRS associados aos antipsicóticos devendo o profissional estar atento para as potenciais interações entre esses dois grupos de medicamentos. Também existem implicações práticas para a realização de TCC. Em função do grau de comprometimento mental, a esquizofrenia associada ao TOC implica em dificuldades para organizar e levar adiante as tarefas da terapia que deve ser predominantemente de exposição e prevenção de resposta juntamente com medicamentos antiobsessivos e antipsicóticos que devem ser usados associados. O comprometimento cognitivo gera uma grande dificuldade em compreender os sintomas, falta de *insight* e tem como conseqüências dificuldade para identificar e

compreender aspectos cognitivos como crenças disfuncionais e pensamentos catastróficos e pouca motivação para realizar a terapia em razão dos sintomas negativos da esquizofrenia (apatia, falta de iniciativa, embotamento afetivo). São também comuns dificuldades em estabelecer o vínculo e uma relação de trabalho com o terapeuta. Há, ainda, a possibilidade de recaídas durante o tratamento e a necessidade do uso adicional de antipsicóticos.

### **Transtorno bipolar**

É bastante frequente a comorbidade de TOC e THB. Um estudo verificou que 16% dos pacientes com diagnóstico de TOC apresentavam THB, (Darby, 2010). Outro estudo, com uma amostra maior, verificou uma prevalência de 13,1% de THB, de 64,1% para depressão e distímia (Timpano 2011). Tem sido relatada ainda uma alta prevalência de TOC em adolescentes com THB. Um total de 21% dos indivíduos com THB e 15% dos indivíduos com TOC preencheram critérios para a presença dos dois transtornos simultaneamente (Joshi, 2010)

Alguns sintomas do THB, como compras excessivas, comportamentos impulsivos podem confundir o clínico. Lembrar que o THB se caracteriza pelo humor exaltado (euforia ou irritabilidade), aceleração do pensamento, fuga de ideais, grandiosidade, enquanto que o TOC se caracteriza pela presença de medos (obsessões) e rituais realizados com a finalidade de reduzir os medos. A compulsão por comprar no TOC está em geral associada à compulsão por acumular objetos em desordem e à dificuldade de descarte enquanto que no THB está associada humor exaltado, grandiosidade, impulsividade e hiperatividade. A comorbidade de TOC e THB além de representar um pior prognóstico tem implicações práticas importantes, como por exemplo o risco de viradas maníacas com o uso de antiobsessivos, que serão discutidas no capítulo 16 – Quando o tratamento não funciona pg e à dificuldade de planejamento, falta de persistência e de adesão aos exercícios de EPR.

### **Transtorno da personalidade esquizotípica**

São pacientes caracterizados pela aparência e comportamento pessoal bizarros ou excêntricos, dificuldade acentuada em estabelecer relações interpessoais próximas, em compreender o impacto do próprio comportamento sobre os outros, marcado

distanciamento afetivo, frequentes interpretações erradas das motivações e comportamentos das demais pessoas, desconfiança, sensibilidade elevada em relação a ser prejudicado pelos outros e sensações estranhas em várias modalidades sensoriais. Apresentam ainda processos de pensamentos estranhos, vagos, super-elaborados, metafóricos, com experiências e crenças não usuais (DSM – V). Esses últimos aspectos podem se confundir com obsessões, pelo seu caráter persistente e repetitivo.

Embora a presença do transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes indivíduos com TOC seja relativamente rara – ao redor de 5% (Baer, 1990; Torres 2006), é importante o seu diagnóstico, pois alguns dos seus sintomas podem ser confundidos com sintomas do TOC e a comorbidade também tem importantes implicações para o prognóstico e o tratamento.

De longa data se sabe que a presença transtorno da personalidade esquizotípica em pacientes com TOC está associada um alto índice de fracasso no tratamento. Pacientes com TOC e personalidade esquizotípica tem *insight pobre*, funcionamento geral mais comprometido, dificuldades de estabelecer um vínculo terapêutico, necessitam de aumento dos antipsicóticos, fatores associados a resultados pobres com o tratamento (Jenike 1986; Baer,1992; Ravizza, 1995, Poyurovsky,2008). Escores elevados nas escalas de sintomas esquizotípicos positivas, especialmente aberrações da percepção foram altamente preditivos de fracasso no tratamento.(Moritz, 2004). Nesses pacientes recomenda-se associar ao tratamento para o TOC (ISRS + terapia de EPR) treinamento de habilidades sociais e pequenas doses de antipsicóticos.

### **Transtorno da personalidade borderline**

Indivíduos que apresentam esse transtorno caracterizam-se por uma identidade marcadamente pobre, pouco desenvolvida, autoimagem instável, muitas vezes associada a excesso de autocrítica e sentimentos crônicos de vazio. São altamente instáveis nos seus objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira. Apresentam acentuado nervosismo, instabilidade emocional e desinibição caracterizada por alta impulsividade, envolvimento em comportamentos de risco, dificuldades em estabelecer e manter planos. Seus relacionamentos íntimos e seus vínculos afetivos são marcados por constantes conflitos, persistentes e frequentes sentimentos de raiva e irritabilidade às menores frustrações. Como consequência a vida pessoal é

desorganizada e muitas vezes caótica.

Os pacientes com transtorno *borderline* da personalidade de um modo geral apresentam grande dificuldade em aderir a qualquer modalidade de terapia ou tratamento medicamentoso pela dificuldade de manter o vínculo com o terapeuta, comprometer-se de forma sustentável com um plano de tratamento além da baixa tolerância à frustração e alta impulsividade. Em razão dessas características dificilmente terão persistência para levar adiante as tarefas da terapia de EPR e tolerar aumento de ansiedade em que implicam.

## RESUMO E DESTAQUES

- No DSM-V o TOC está incluído na categoria dos Transtornos Obsessivo-Compulsivos relacionados ao TOC;
- Os critérios diagnósticos sofreram pequenas modificações no DSM-V: foi substituída a palavra “impróprio” por “indesejável” ; foi abolido o critério B (reconhecimento de que as obsessões são excessivas e não razoáveis); foi reescrito o critério C (significância clínica) que passou para B; foi reescrita e ampliada a lista de transtornos com as quais deve ser feito o diagnóstico diferencial (critério D); foi incluído um sub-tipo de TOC: relacionado a tiques; foram melhor descritos os graus de *insight* que pode variar de “bom” a “ausente” o indivíduo está completamente convencido de crenças TOC são verdadeiras;
- Deve-se distinguir o TOC de transtornos psiquiátricos que apresentam sintomas semelhantes, de doenças médicas, particularmente problemas neurológicos dos quais obsessões e compulsões podem fazer parte. Deve-se ainda excluir que os sintomas OC sejam efeito de substâncias ou de certos medicamentos usados com frequência em pacientes com THB ou esquizofrenia.
- Sintomas OC podem ocorrer no curso de inúmeras condições médicas, especialmente neurológicas como após TCE (acidentes de carro), após acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos, na vigência de tumores cerebrais, esclerose múltipla, neuroacantose, doença de Wilson, na doença de Parkinson, na doença de Huntington (degeneração do núcleo caudato), após encefalites virais, toxoplasmose, febre reumática, e na Coréia de Sydenham, entre outros quadros.

- Sintomas OC podem surgir em decorrência do efeito fisiológico direto de várias substâncias, como estimulantes cerebrais, interferon, na retirada da metadona, e durante o tratamento com antipsicóticos atípicos como risperidona, clozapina, o aripiprazol, quetiapina.
- Obsessões e ou compulsões são comuns em vários transtornos psiquiátricos como, o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) a hipocondria, o transtorno dismórfico corporal, a tricotilomania, transtornos alimentares especialmente a bulimia e a compulsão alimentar periódica.
- O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) tem várias semelhanças com o TOC: perfeccionismo, a intolerância a incerteza, a indecisão e a compulsão por guardar objetos. Não existem obsessões ou compulsões típicas do TOC - pensamentos intrusivos (obsessões) envolvendo ameaças (p.ex. contaminação), medo e ansiedade precedendo as compulsões e os sintomas são ego-sintônicos.
- A hipocondria caracteriza-se por preocupações excessivas com a possibilidade de ter uma doença grave seguidas a necessidade de checar o corpo, os sinais vitais, de repetir de exames e avaliações médicas. Não existem outros sintomas OC como por exemplo, preocupações com contaminação.
- No transtorno dismórfico corporal o foco é um aspecto ou defeito na aparência pessoal – o que lembra uma obsessão, ao ponto de causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. Podem existir comportamentos compulsivos tocar de forma repetida áreas do corpo olhar-se repetidamente no espelho, apalpar-se como comparar-se com os outros ou tentar camuflar um defeito. Não existem sintomas das outras dimensões do TOC.
- Tiques são doenças neurológicas que se manifestam sob a forma de movimentos involuntários anormais - vocalizações ou movimentos motores súbitos, rápidos ou recorrentes, estereotipados e não-rítmicos. Não são precedidos por uma obsessão, mas eventualmente por uma sensação subjetiva de desconforto físico. Geralmente são incontroláveis, a não ser por pequeno espaço de tempo ao contrário das compulsões do TOC que são atos voluntários aos quais o indivíduo pode resistir por períodos prolongados;
- Os transtornos do controle de impulsos caracterizam-se comportamentos repetitivos ou compulsivos apesar das consequências adversas ou prejudiciais para si próprio ou para

terceiros e na dificuldade em controlar tais atos. Os atos são precedidos por uma crescente tensão, excitação ou impulso para executá-los e sensação de prazer ou alívio posterior, podendo ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa. Os mais comuns são a tricotilomania, o roer as unhas, beliscar-se (*skin-picking*), as automutilações, o comprar compulsivo, o sexo compulsivo e o jogo patológico.

- A metade ou mais dos pacientes com TOC apresentam comorbidades que podem interferir no tratamento. As comorbidades mais comuns do TOC são a depressão, os transtornos de ansiedade - especialmente as fobias específicas e o TAG, o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, as *grooming disorders* (*tricotilomania, skin picking e auto-mutilações*), tiques e S. de Tourette e os transtornos alimentares. Menos comuns são o TDAH, THB e a esquizofrenia. Todas tem implicações importantes tanto para o tratamento farmacológico com para a TCC do TOC.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5ªed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2013.  
<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=164>  
capturado em 19/7/2012.
2. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):507-27.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
4. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, Grilo CM, Rasmussen SA. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord*. 2006 Jun;20(3):294-305.
5. Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2008). The quality of the DSMIV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 446-455.
6. Meredith E. Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JA. OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research* 42 (2008) 289-296
7. Abramowitz JS, Braddock AE. Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006 Jun;29(2):503-19.
8. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database*

Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD006520.

9. DSM IV-

10. Lovato L, Ferrão YA, Stein DJ, Shavitt RG, Fontenelle LF, Vivan A, Miguel EC, Cordioli AV. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul;53(5):562-8.
11. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, Rivitti EA. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Aug;63(2):235-43.
12. Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, Hollander E, Fallon BA, Barsky A, Fineberg N, Mataix-Cols D, Ferrão YA, Saxena S, Wilhelm S, Kelly MM, Clark LA, Pinto A, Bienvenu OJ, Farrow J, Leckman J. Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):528-55.
13. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, Leckman JF, Rauch SL, Phillips KA. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):495-506.
14. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):99-111.
15. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Nov;56(11):1041-2.
16. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD005332.
17. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen AS. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Apr;59(4):381-8.
18. Phillips KA, Rasmussen AS. Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics*. 2004 Sep-Oct;45(5):438-44.
19. Lewin AB, Chang S, McCracken J, McQueen M, Piacentini J. Comparison of clinical features among youth with tic disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), and both conditions. *Psychiatry Res*. 2010 Jul 30;178(2):317-22.
20. Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Rasmussen SA, Cullen B, Pinto A, Knowles JA, Piacentini J, Pauls DL, Bienvenu OJ, Wang Y, Liang KY, Samuels JF, Roche KB. Obsessive-compulsive disorder: sub-classification based on co-morbidity. *Psychol Med*. 2009 Sep;39(9):1491-501.
21. Dykens EM, Leckman JF, Cassidy SB. Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996 Nov;37(8):995-1002.

22. Charlot L, Fox S, Friedlander R. Obsessional slowness in Down's syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2002 Sep;46(Pt 6):517-24.
23. Kumawat BL, Sharma CM, Tripathi G, Ralot T, Dixit S. Wilson's disease presenting as isolated obsessive-compulsive disorder. *Indian J Med Sci.* 2007 Nov;61(11):607-10.
24. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:30–7.
25. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2005 Jan-Feb;46(1):43-9.
26. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2010 Jul-Aug;51(4):347-52. (A)
27. Lochner C, Stein DJ, Woods D, Pauls DL, Franklin ME, Loeke EH, Keuthen NJ. The validity of DSM-IV-TR criteria B and C of hair-pulling disorder (trichotillomania): evidence from a clinical study. *Psychiatry Res.* 2011 Sep 30;189(2):276-80.
28. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010 Jan 30;175(1-2):109-13. (B)
29. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, Woods DW. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):611-26.
30. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Moini R, Storch EA, Lewin AB, Farrell L, Aldea MA, Reid J, Geffken GR, Murphy TK. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depress Anxiety.* 2007;24(8):602-7.
31. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluzza V, Mathis MA, do Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA, Cordioli AV, Petribu K, Hounie AG, Miguel EC, Shavitt RG, Koenen KC. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry.* 2011 Jul-Aug;52(4):386-93. Epub 2010
32. Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety.* 2011 Nov 22.
33. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol.* 2004 Nov;60(11):1133-41
34. Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC, de Souza Domingues M, Hercos AC, Guimarães AB. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2007 Oct;12(10):771-8.
35. Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010 Jan 30;175(1-2):104-8.
36. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation

- to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):17-26.
37. Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umaña P, Garrido H, Mathews CA. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety*. 2010 Jul;27(7):667-74.
  38. Walitza S, Zellmann H, Irblich B, Lange KW, Tucha O, Hemminger U, Wucherer K, Rost V, Reinecker H, Wewetzer C, Warnke A. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm*. 2008;115(2):187-90.
  39. Rubia K, Cubillo A, Smith AB, Woolley J, Heyman I, Brammer MJ. Disorder-specific dysfunction in right inferior prefrontal cortex during two inhibition tasks in boys with attention-deficit hyperactivity disorder compared to boys with obsessive-compulsive disorder. *Hum Brain Mapp*. 2010 Feb;31(2):287-99.
  40. Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, do Rosário MC, Cordioli AV, Torres AR, Miguel EC. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Feb 1;100(1-2):173-7.
  41. Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, Hounie AG, Fossaluza V, do Rosario MC, Fontenelle LF, Petribu K, Fleitlich-Bilyk B. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord*. 2010 May;43(4):315-25.
  42. Phillips KA, Kaye WH. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007 May;12(5):347-58.
  43. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL, Strober M, Leckman JF, Fichter M, Kaplan A, Woodside B, Treasure J, Berrettini WH, Al Shabboat M, Bulik CM, Kaye WH. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord*. 2003 Apr;33(3):308-19.
  44. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res*. 2006 Apr;40(3):189-91.
  45. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009 Jan;70(1):70-82.
  46. Owashii T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res*. 2010 Oct 30;179(3):241-6.
  47. Mukhopadhyaya K, Krishnaiah R, Taye T, Nigam A, Bailey AJ, Sivakumaran T, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder in UK clozapine-treated schizophrenia and schizoaffective disorder: a cause for clinical concern. *J Psychopharmacol*. 2009 Jan;23(1):6-13.
  48. Darby L, Agius M, Zaman R. Co-morbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub*. 2011 Sep;23 Suppl 1:S130-3.

49. Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, Geller D. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2010 Mar;12(2):185-95.
50. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN 2nd, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph ML. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Sep;47(9):826-30.
51. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Prince M. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Nov;41(11):862-7.
52. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1986 Apr;143(4):530-2.
53. Baer L, Jenike MA. Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992 Dec;15(4):803-12.
54. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995 Aug;56(8):368-73.
55. Poyurovsky M. Clozapine in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder with comorbid schizotypal personality disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2008;45(3):219-20.
56. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, Katenkamp B, Farhumand R, Hand I. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2004 Feb;42(2):217-27.

