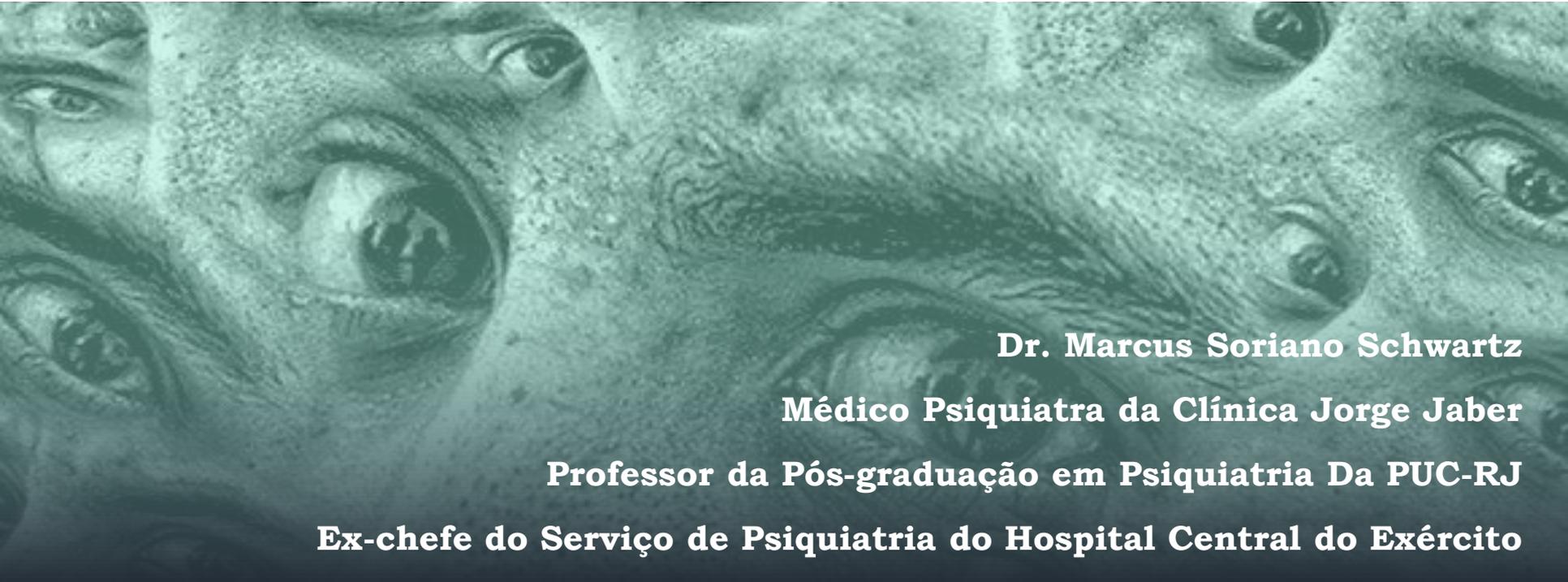


Transtornos relacionados ao **T**ranstorno **O**bsessivo **C**ompulsivo, Dependência ao Álcool e outras substâncias

19/06/2021



Dr. Marcus Soriano Schwartz

Médico Psiquiatra da Clínica Jorge Jaber

Professor da Pós-graduação em Psiquiatria Da PUC-RJ

Ex-chefe do Serviço de Psiquiatria do Hospital Central do Exército

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

- ✓ É caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões.
- **Obsessões** são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados.
- **Compulsões** são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicada rigidamente.



Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

5ª Edição – DSM V

No mesmo capítulo que descreve o TOC, há também os transtornos relacionados, que são:

- Transtorno Dismórfico Corporal
- Transtorno de Acumulação
- Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
- Transtorno de Escoriação (skin-picking)



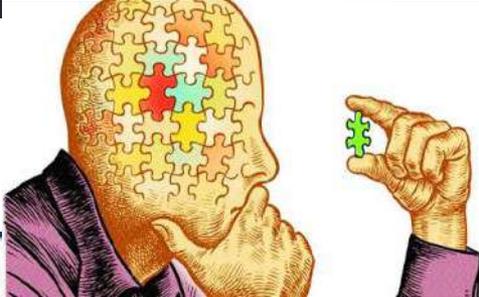
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição – DSM V

- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por substância/medicamento
- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado a outra condição médica
- Outro Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado especificado
- Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado não especificado



Transtorno Obsessivo Compulsivo

- Critérios Diagnósticos -



A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

Obsessões são definidas por:

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos e/ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

- Critérios Diagnósticos -

Compulsões são definidas por:

1. Comportamento repetitivos (p.ex.: lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p.ex.: orar, contar ou 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 rigidamente aplicadas.
2. Os comportamento ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento ou evitar algum evento/situação temida. Entretanto, esses comportamento ou atos mentais não têm conexão realista com o que visam neutralizar, evitar ou são claramente excessivos.



Transtorno Obsessivo Compulsivo

- Critérios Diagnósticos -



B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p.ex.: tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo .



C. Os sintomas obsessivos–compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex.: droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica.



D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (Exemplos: TAG, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno de Acumulação, etc....).

Especificadores

Muitos indivíduos com TOC têm crenças disfuncionais.

Especificar se:

→ **Com insight bom ou razoável:**

O indivíduo **reconhece** que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitiva ou provavelmente não verdadeira ou que podem ou não verdadeiras.

→ **Com insight pobre:**

O indivíduo **acredita** que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

→ **Com insight ausente/crenças delirantes:**

O indivíduo **está completamente convencido** de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.



Características Diagnósticas

Os sintomas característicos do TOC são a presença de obsessões e compulsões (Critério A).

Obsessões são pensamentos repetitivos e persistentes (p.ex.: de contaminação), imagens (p.ex. de cenas violentas ou horrorizantes ou impulsos (p.ex.: apunhalar alguém).

É importante observar que:

- ✓ As obsessões não são prazerosas ou experimentadas como voluntárias.
- ✓ São intrusivas, indesejadas e causam acentuado sofrimento ou ansiedade na maioria das pessoas.



Características associadas que apoiam o diagnóstico

O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos.

Prevalência

A prevalência de 12 meses do TOC nos Estados Unidos é de 1,2%, com uma prevalência similar internacionalmente (1,1 a 1,8%).

O sexo feminino é afetado em uma taxa um pouco mais alta do que o masculino na idade adulta, embora este seja mais comumente afetado na infância.



Desenvolvimento e Curso

Nos Estados Unidos, a idade média de início do TOC é 19,5 anos, e 25% dos casos iniciam-se até os 14 anos de idade.

Quando o TOC não é tratado, seu curso é em geral crônico, frequentemente com os sintomas tendo aumentos e diminuições de intensidade.

As compulsões são mais facilmente diagnosticadas em crianças do que as obsessões, porque as primeiras são observáveis.

O padrão dos sintomas em adultos pode ser estável ao longo do tempo, porém é mais variável em crianças.



Fatores de Risco e Prognóstico do TOC

Temperamentais:

Mais sintomas internalizantes, afetividade negativa mais alta e inibição do comportamento na infância

Ambientais:

Abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos foram associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de TOC.

Genéticos e fisiológicos:

A taxa de TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com o transtorno é aproximadamente duas vezes a de parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno; no entanto, entre parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou adolescência, a taxa é aumentada em 10 vezes.



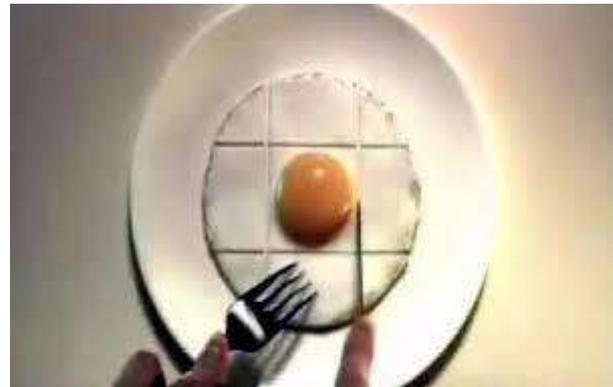
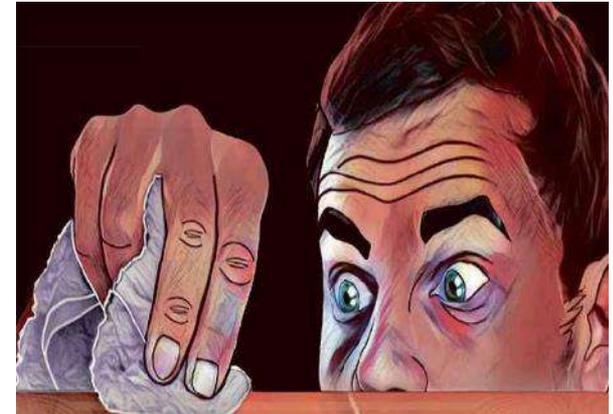
Questões Diagnósticas Relativas à Cultura

O TOC ocorre em todo o mundo. Existe uma estrutura de sintomas similar envolvendo limpeza, simetria, acúmulo, pensamentos tabus ou medo de danos.



Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero

O sexo masculino tem início mais precoce de TOC do que o feminino, além de maior probabilidade de ter tique comórbidos.



Risco de Suicídio

Pensamentos suicidas ocorrem em algum momento em cerca de metade dos indivíduos com TOC.



Consequências Funcionais do TOC



O TOC está associado a uma qualidade de vida reduzida, assim com a altos níveis de prejuízo social e profissional.

Diagnóstico Referencial



Transtorno de Ansiedade

Pensamentos recorrentes, comportamentos de esquiva e solicitações repetitivas de tranquilização também podem ocorrer nos transtornos de ansiedade.

Transtorno Depressivo Maior:

O TOC pode ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes, além disso, as ruminações não estão ligadas a compulsões, como típico no TOC.



Diagnóstico Referencial

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

Transtorno Dismórfico Corporal:

As obsessões e compulsões estão limitadas a preocupações acerca da aparência física e, na tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), o comportamento compulsivo está limitado a arrancar o cabelos na ausência de obsessões.



Diagnóstico Referencial

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

Transtornos Alimentares:

O TOC pode ser diferenciado da anorexia nervosa na medida em que no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, as obsessões e compulsões não estão limitadas a preocupações acerca do peso e dos alimentos.

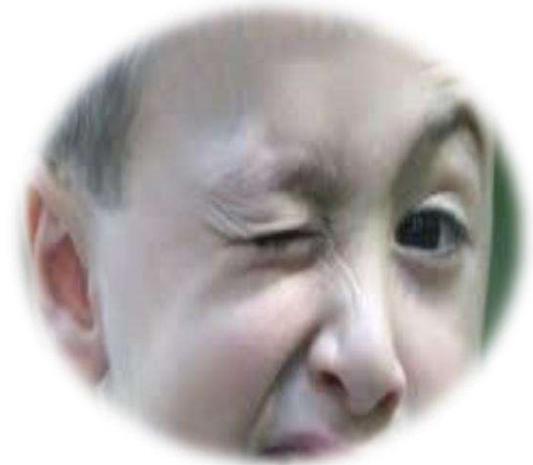


Diagnóstico Referencial

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

Transtorno de Tique e Movimentos Estereotipados:

Um tique é um movimento motor ou vocalização súbito rápido, recorrente e não rítmico (p.ex.: piscar os olhos, pigarrear).



Transtornos Psicóticos

Alguns indivíduos com TOC têm *insight* pobre ou mesmo crenças de TOC delirantes.

Diagnóstico Referencial

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

Outros Comportamentos do tipo Compulsivo:

Certos comportamentos são ocasionalmente descritos como “compulsivos” incluindo comportamento sexual (no caso das parafilias), jogo patológico e uso de substâncias (p.ex.: transtorno por uso de álcool)



Diagnóstico Referencial

Outros Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Transtornos Relacionados

Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva:

Embora o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e o TOC tenham nomes semelhantes, suas manifestações clínicas são bem diferentes.

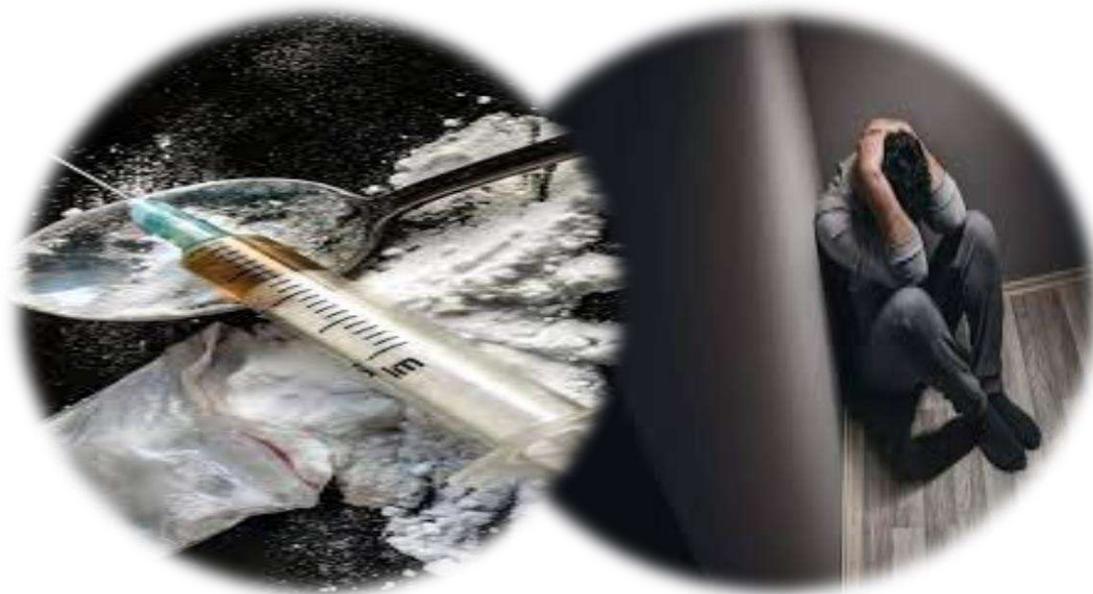


- padrão mal adaptativo duradouro e disseminado de perfeccionismo excessivo e controle rígido.

Comorbidades Psiquiátricas

O uso de drogas pode causar outra doença mental. A doença mental pode levar ao uso de substâncias e ambos podem ser causados por outro fator de risco comum.

A comorbidade entre a dependência química e as doenças mentais graves é a regra e não a exceção.



Comorbidades Psiquiátricas

Transtornos mentais associados à dependência química:

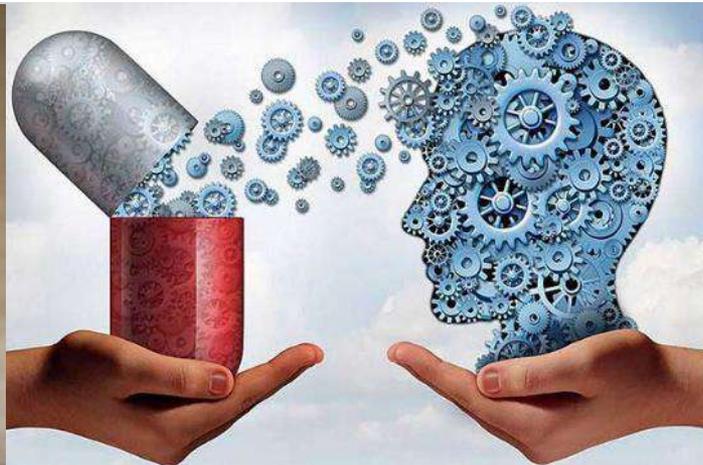
- mais hospitalizações
- piora de sintomas psicóticos
- pobre adesão à terapia medicamentosa e, portanto
- piores prognósticos para ambas as doenças

O melhor tratamento para comorbidade é realizado quando se integram atenções para o consumo de substâncias e para o transtorno mental.



Comorbidades Psiquiátricas

Uma série de desafios relacionados aos cuidados de dependência de álcool e outras drogas está presente no que diz respeito ao tratamento desses pacientes, indo desde diminuição da disponibilidade de serviços até falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde e também daqueles que cuidam de comportamentos aditivos.

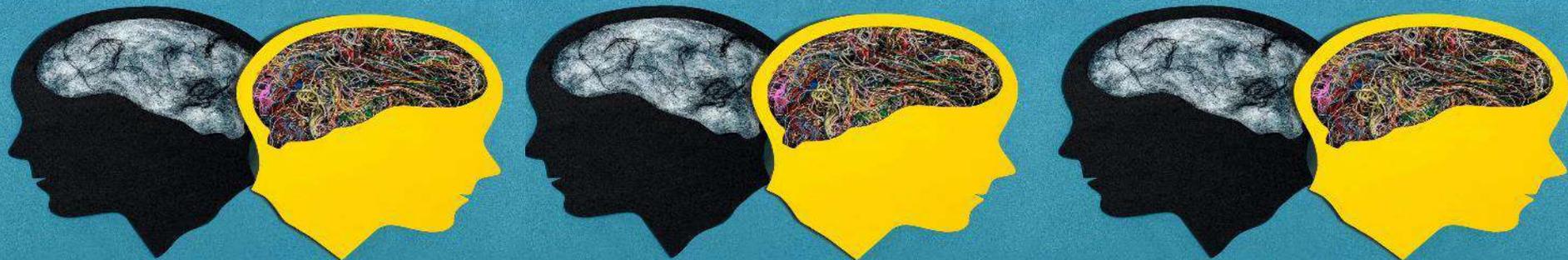


Comorbidades Psiquiátricas

Esses desafios tornam-se ainda maiores quando o paciente, além de usar substâncias, tem um quadro psiquiátrico associado, o que constitui uma **comorbidade**, ou seja, a **ocorrência de duas doenças** que acometem um mesmo indivíduo, e que uma tende a dificultar o diagnóstico da outra, tornando difícil a identificação, o tratamento e o prognóstico de ambas.

Causas:

Muitas teorias já foram desenvolvidas buscando uma explicação para o surgimento da doença secundária ou de associações entre duas doenças.



Comorbidades Psiquiátricas

Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?

Sobreposição de vulnerabilidades genéticas:

Evidências sugerem que fatores genéticos comuns podem predispor os indivíduos a desenvolver transtornos mentais e dependência de substâncias ou ter um risco maior de desenvolver um transtorno depois que o primeiro aparece .



Comorbidades Psiquiátricas

Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?

Sobreposição de gatilhos ambientais:

A sobreposição de gatilhos ambientais pode ser observada com estresse, trauma (p.ex.: abuso físico ou sexual, maus tratos físicos e emocionais) e exposição precoce às drogas, que são fatores comuns que podem levar à dependência e doenças mentais, particularmente naqueles com maiores vulnerabilidades genéticas subjacentes.



Comorbidades Psiquiátricas

Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente coocorrem?

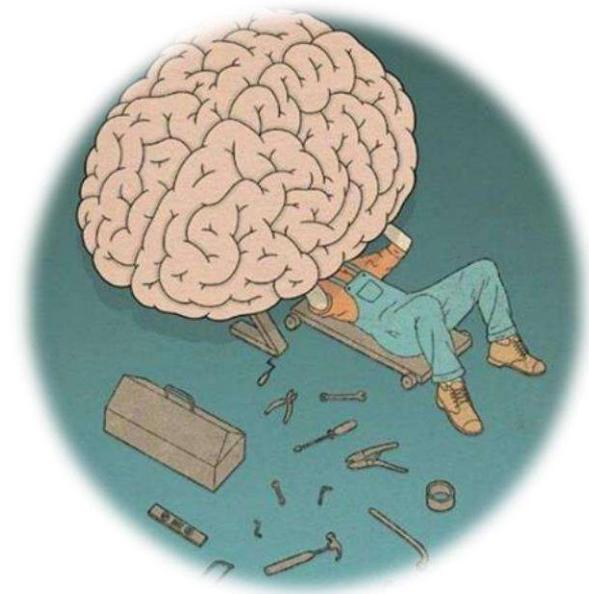


Envolvimento de regiões cerebrais semelhantes:

Algumas áreas do cérebro são afetadas tanto pelo uso de drogas como pelos transtornos mentais .

O uso de drogas e os transtornos mentais são doenças desenvolvimentais:

O que explica isso é o fato de geralmente começarem na adolescência ou mesmo na infância, períodos em que o cérebro ainda está passando por drásticas mudanças de desenvolvimento.

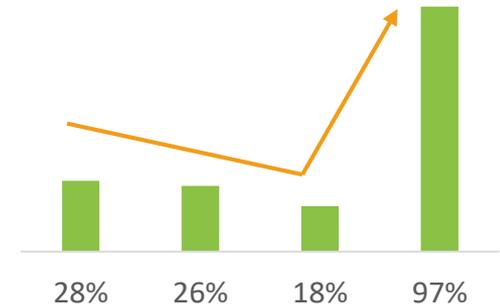


Principais Comorbidades Psiquiátricas Associadas à Dependência Química

Encontrar semelhanças entre a população de pacientes com diagnóstico de comorbidade é uma tarefa árdua e os estudos epidemiológicos apresentam resultados bem divergentes dependendo das variáveis escolhidas.

Em um grande estudo norte americano, foi constatado que os transtornos psiquiátricos mais comumente associados ao consumo de álcool ou outras drogas foram:

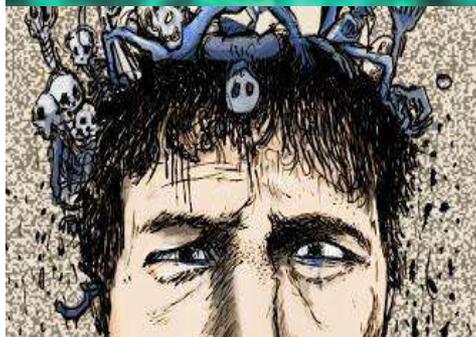
- **Transtornos de ansiedade** (28%)
- **Transtorno do humor** (26%)
- **Transtorno da Personalidade Antissocial** (18%)
- **Esquizofrenia** (97%)



Obs.: Esses números podem ser diferentes se o estudo for clínico, em vez de epidemiológico. Questões como o tipo de serviço escolhido para o estudo ou oferta de drogas na população a ser estudada, entre outras variáveis, poderão fornecer informações diferentes.

Esquizofrenia

A Esquizofrenia é uma síndrome que envolve alterações no cérebro em que os pacientes apresentam delírios, alucinações, pensamento incoerentes e sintomas que se refletem em falta de disposição e prazer, comprometimento cognitivo, baixo funcionamento intelectual, estados depressivos e agitações psicomotoras.



Transtorno do Humor

Cerca de 40% dos pacientes que procuram tratamento para problemas devido ao álcool apresentam algum transtorno do humor e, relacionado ao consumo de outras drogas, esse valor sobe para 60%.



Depressão

Os dados brasileiros referentes ao tipo de patologia associado ao consumo de álcool entre os pacientes com transtornos do humor variam.

Foi observado que 6,2% dos pacientes com depressão grave e 8,7% dos com transtorno bipolar apresentam problemas devido ao consumo de álcool .



Transtorno Bipolar

Transtorno Bipolar é o transtorno psiquiátrico mais relacionado ao consumo de substâncias.

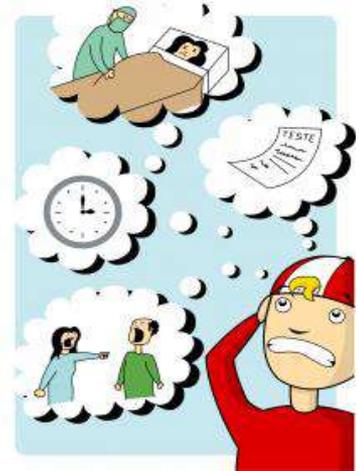
No estudo Epidemiologic Catchment Area (ECA), um dos mais abrangentes e citados estudos populacionais, a prevalência de dependência de drogas associada a esse transtorno foi de 27%.

Já a prevalência de dependência de álcool é de 31% em bipolares do tipo I. Pacientes com quadros relacionados ao tipo II apresentaram menores taxas, mas também significativas.



Transtorno de Ansiedade

O consumo de álcool e drogas aumenta em 2 a 3 vezes os riscos para um transtorno ansiedade.



Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)



O TDAH tem prevalência de 6 a 8% em crianças e de 4 a 5% em pessoas adultas, sendo mais comum em meninos.

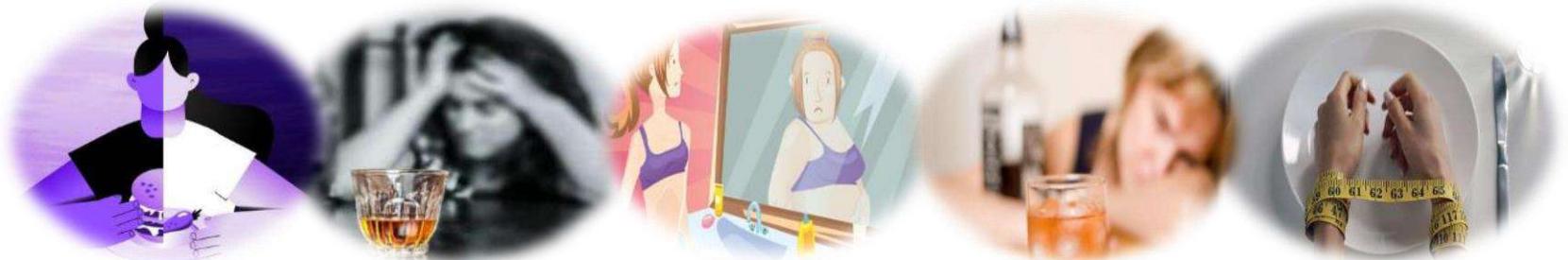


Transtorno de Personalidade

A associação entre uso de substâncias e os transtornos de personalidade (TPs) vem sendo constatada há muitos anos em especial os TPs Antissocial e Borderline .

Transtornos Alimentares

Das mulheres diagnosticadas com algum tipo de transtorno alimentar, 25% tem ou teve uso ou dependência de álcool.



Ciúme Patológico



O ciúme é um sentimento natural do ser humano, assim como raiva, alegria e medo. Em alguns momentos da vida esse sentimento pode estar presente sendo considerado normal quando leve e transitório.

Transtornos do Sono

Problemas relacionados ao sono são frequentemente associados com o uso de substâncias, em especial o álcool e o benzodiazepínicos.



Transtornos Parafílicos

O sofrimento e os prejuízos decorrentes de parafilias parecem ter forte relação com o uso de substâncias, sobretudo o consumo de álcool.

Esta prevalência é observada na metade dos casos.

Exemplos: pedofilia, exibicionismo, voyeurismo, travestismo fetichista, sadomasoquismo.



Compulsão Sexual/Dependência de Sexo/Transtorno Hiper sexual:

O comportamento hiper sexual tem sido documentado em ambientes tanto clínicos quanto de pesquisa ao longo das últimas décadas.

Diagnóstico

Como o próprio conceito de comorbidade anuncia, existe um sobreposição de sintoma entre os transtornos apresentados.

Para aumentar as chances de um diagnóstico mais preciso, deve-se incluir investigação acerca da história familiar (de preferência, interrogando membros da família), exames laboratoriais e se possível, screenings toxicológicos para drogas (com exames de urina, sangue ou cabelo), além de entrevistas, testes psicológicos, questionários gerais e específicos.

Por fim, faz-se o diagnóstico utilizando a CID ou o DSM, em suas versões mais atuais.



Diagnóstico Diferencial

A utilização de critérios presentes na CID e no DSM é essencial, pois aponta os possíveis quadros diferenciais que podem cursar com a mesma sintomatologia de um paciente.



Tratamento

Um dos maiores problemas associados ao tratamento de pacientes com comorbidades é a possibilidade de o atendimento dos diferentes transtornos ocorrer no mesmo serviço.

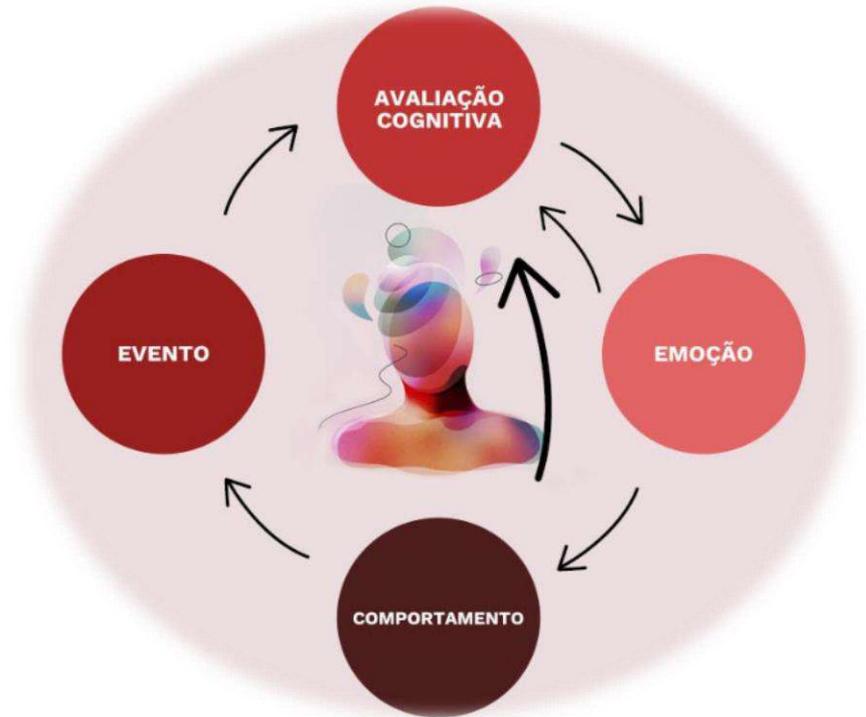
Tratamento Medicamentoso

A utilização de psicofármacos deverá ter os mesmos parâmetros dos tratamentos de transtorno psiquiátrico, no entanto, um período mínimo para desintoxicação é necessário para evitar diagnósticos precipitados e com isso, a iatrogenia medicamentosa.



Tratamento Psicoterápico

Entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicossocial são diferentes modalidades que podem ser propostas e que têm mostrado bons resultados.



A heterogeneidade dos pacientes com transtornos comórbidos produz grandes diferenças em seus prognósticos.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Transtorno Dismórfico Corporal

Critérios Diagnósticos: DSM 5 - 300.7 / CID10 - F54.22

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros.



- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às preocupações com a aparência. (p.ex.: verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização, comparar sua aparência com a de outros, etc.)

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Transtorno Dismórfico Corporal

Critérios Diagnósticos: DSM 5 - 300.7 / CID10 - F54.22

- C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Transtorno Dismórfico Corporal

Critérios Diagnósticos: DSM 5 - 300.7 / CID10 - F54.22

Especificar se:

Com dismorfia muscular :

O indivíduo está preocupado com a ideia de que sua estrutura corporal esteja pequena ou insuficientemente musculosa.

O especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que com frequência é o caso.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

- Indicar o grau de insight em relação às crenças do transtorno dismórfico corporal. (p.ex.: “Eu pareço feio” ou “Eu pareço deformado”).

→ **Com insight bom ou razoável:**

O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno dismórfico são definitivas ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

→ **Com insight pobre:**

O indivíduo **acredita** que as crenças do transtorno dismórfico são provavelmente verdadeiras.



→ **Com insight ausente/crenças delirantes:**

O indivíduo **está completamente convencido** de que as crenças do transtorno dismórfico são verdadeiras.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Características diagnósticas

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal (anteriormente conhecido como dismorfobia) são preocupados com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física, que acreditam parecer feia, sem atrativos, anormal ou deformadas. (Critério A).



Características associadas que apoiam o diagnóstico

Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm ideias ou delírios de referência acreditando que outras pessoas prestam especial atenção neles ou caçoam deles devido a sua aparência.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Prevalência

A prevalência ponto entre os adultos norte-americanos é de 2,4%.

(2,5% no sexo feminino e 2,2% no masculino)



Desenvolvimento e Curso

A média de idade de início do transtorno é 16 a 17 anos, a mediana de idade de início é de 15 anos, e a idade mais comum de início é 12 a 13 anos.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Fatores de Risco e Prognóstico



Ambientais:

O transtorno dismórfico corporal foi associado a altas taxas de negligência e abuso infantil.

Genéticos e fisiológicos:

A prevalência de transtorno dismórfico corporal é elevada em parentes de primeiro grau que apresentam o mesmo transtorno.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas



Questões diagnósticas relativas à cultura

O transtorno dismórfico corporal tem sido relatado em todo o mundo.



Questões diagnósticas relativas ao gênero

Parece haver mais semelhanças do que diferenças entre os sexos em relação à maioria das características clínicas – por exemplo, área do corpo que desagradam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos sintomas, suicidabilidade, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos estéticos para o transtorno dismórfico corporal.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Risco de suicídio

As taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio são altas tanto em adultos quanto em crianças/adolescentes .



Consequências funcionais do transtorno dismórfico corporal

Quase todos os indivíduos com transtorno dismórfico experimentam funcionamento psicossocial prejudicado devido às suas preocupações com a aparência.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Diagnóstico Diferencial

Preocupações normais com a aparência e defeitos físicos claramente perceptíveis.



Transtornos Alimentares

Em um indivíduo com transtorno alimentar as preocupações com ser gordo são consideradas um sintoma do transtorno alimentar em vez de transtorno dismórfico corporal.

Outros transtornos obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados

As preocupações e os comportamentos repetitivos do transtorno dismórfico corporal diferem das obsessões e compulsões no TOC na medida em que o primeiro fica somente na aparência.

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas



Transtorno de Ansiedade de Doença

Os indivíduos com transtorno dismórfico corporal não são preocupados com ter ou adquirir uma doença grave e não têm níveis particularmente elevados de somatização.

Transtorno Depressivo Maior

A preocupação proeminente com a aparência e os comportamentos repetitivos excessivos no transtorno dismórfico corporal diferenciam-no do transtorno depressivo maior.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

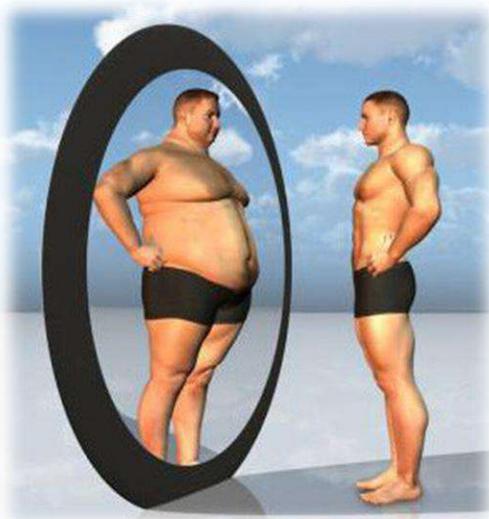
Transtorno de Ansiedade

A ansiedade social e o comportamento de evitação são comuns no transtorno dismórfico corporal .



Transtornos Psicóticos

Muitos indivíduos com transtorno dismórfico corporal têm crenças delirantes sobre a aparência (I.E.: completa convicção de que sua visão dos seus defeitos percebidos é correta), o que é diagnosticado como transtorno dismórfico corporal, com insight ausente/crenças delirantes, não como transtorno delirante.



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Comorbidade

O Transtorno Depressivo Maior é o transtorno comórbido mais comum com início geralmente após o do transtorno dismórfico corporal.

Também são comuns:

- Transtorno de ansiedade social (fobia social) comórbido
- TOC
- Transtornos Relacionados a Substâncias



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Tricotilomania (Transtorno de arrancar o cabelo)

Critérios Diagnósticos: DSM 5 312.39/ Cid 10 F63.3



Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Transtorno de Escoriação (Skin Picking)

Critérios Diagnósticos: DSM 5 698.4 / Cid 10 L98.1



Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Transtornos Relacionados ao Transtorno Obsessivo Compulsivo e Dependência de Álcool e outras Drogas

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Relacionado devido a outra Condição Médica

Critérios Diagnósticos: DSM 5 294.8 / Cid 10 F06.8

Outro Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Relacionado Especificado

Critérios Diagnósticos: DSM 5 300.3 / Cid 10 F42

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e transtorno Relacionado Não Especificado

Critérios Diagnósticos: DSM 5 300.3 / Cid 10 F42



Bibliografia



- American Psychiatric Association - APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014
- Hollander E, Benzaquen SD. The obsessive-compulsive spectrum disorders. *Int Rev Psych* 1997;9:99-109
- Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1983;13:807-11
- Leckman JF, Grice DE, Barr LC, Vries LC, Martin C, Cohen DJ, et al. Tic-related vs. non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety* 1995;1:208-15
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psych* 1997;154:911-7
- Mercadante MT, Miguel EC, Gentil V. Abordagem farmacológica do transtorno obsessivo-compulsivo. In: Miguel EC. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 86-97
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 ^{3/4} descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Editora; 1993

Obrigado!



www.clinicajorgajaber.com.br

