

29 e 30 de junho de 2012
Novotel Porto Alegre/RS



IX Jornada
CELPCYRO
sobre Saúde Mental
II Simpósio Brasileiro
sobre Comorbidades Psiquiátricas

DEVERIAM OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO OBSSESSIVO COMPULSIVO SER CLASSIFICADO SEPARADAMENTE NA CID 11 E DSM-V?

Ygor Arzeno Ferrão

UFCSPA-HMIPV

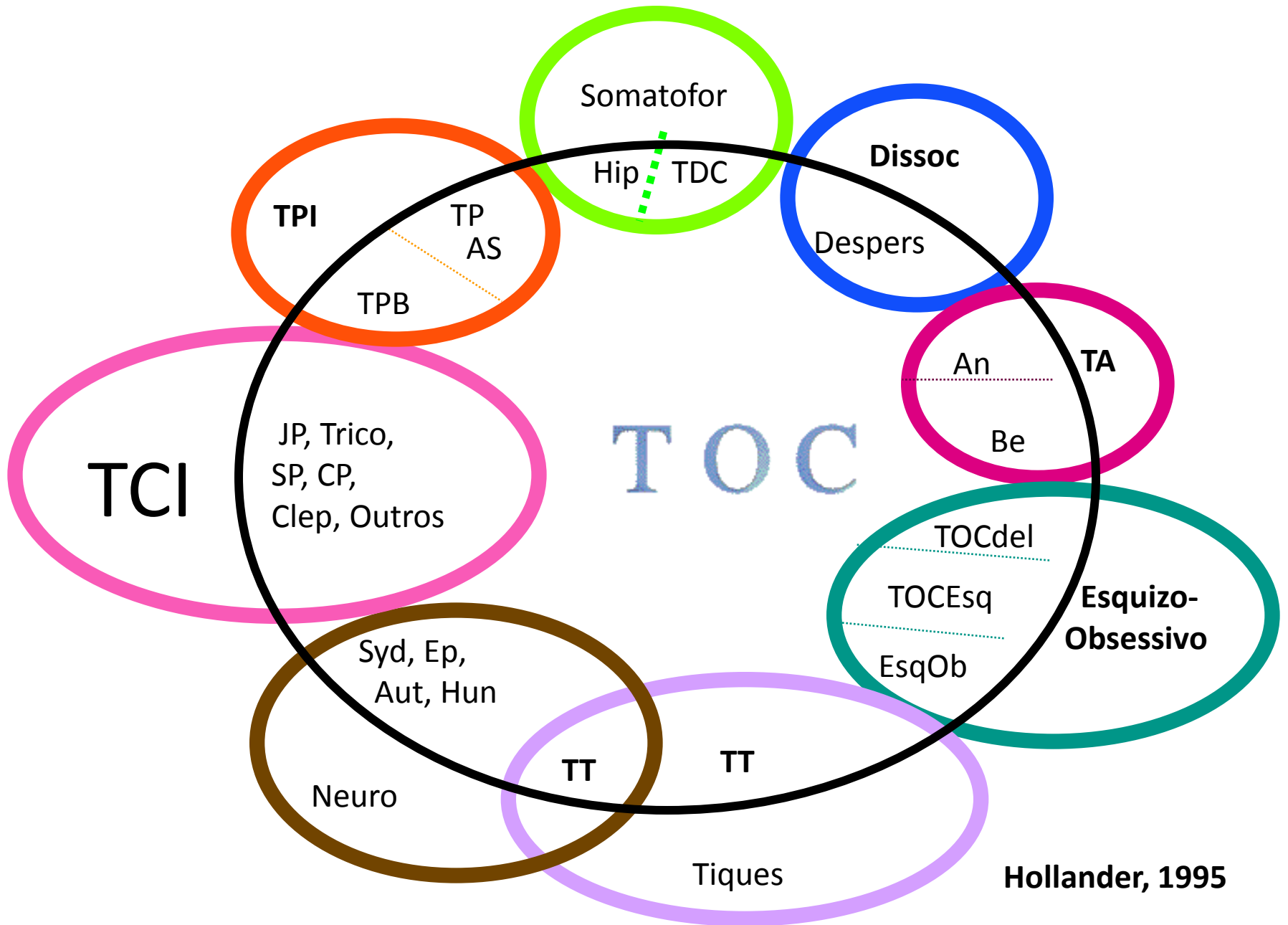
Declaração de Conflito de Interesse

- De acordo com a Norma 1595/2000 do Conselho Federal de Medicina e a Resolução RDC 102/2000 da Agência de Vigilância Sanitária declaro que:
 - **Não** participo de estudo clínicos subvencionados
 - Sou conferencista Lilly – Böehringer - Solvay
 - **Não** sou membro consultivo / diretivo / empregado
 - **Não** Participo de comitê / conselho
 - **Não** tenho interesses financeiros e/ou relacionamentos

Review

SHOULD AN OBSESSIVE–COMPULSIVE SPECTRUM GROUPING OF DISORDERS BE INCLUDED IN DSM-V?

Katharine A. Phillips, M.D.,^{1,2*} Dan J. Stein, M.D., Ph.D.,³ Scott L Rauch, M.D.,⁴ Eric Hollander, M.D.,⁵
Brian A. Fallon, M.D.,⁶ Arthur Barsky, M.D.,⁷ Naomi Fineberg, M.D.,⁸ David Mataix-Cols, Ph.D.,⁹
Ygor Arzeno Ferrão, M.D., Ph.D.,¹⁰ Sanjaya Saxena, M.D.,¹¹ Sabine Wilhelm, Ph.D.,¹² Megan M. Kelly, Ph.D.,^{2,13}
Lee Anna Clark, Ph.D.,¹⁴ Anthony Pinto, Ph.D.,⁶ O. Joseph Bienvenu, M.D., Ph.D.,¹⁵ Joanne Farrow, M.D.,⁸ and
James Leckman, M.D.¹⁶



Espectro OC

- **Utilidade Clínica**

- homogêneo x heterogêneo
- sintomas específicos em diversas categorias diagnósticas
- “comorbidades”
- Melhorar a conceitualização, melhorar a comunicação, auxiliar no acesso e na escolha terapêutica

- **TEOC e TOC: aspectos validadores**

- Fenomenologia: semelhanças e diferenças
- Comorbidades
- Curso da Doença
- Outros domínios de validação
 - Aspectos demográficos
 - História Familiar, fatores genéticos
 - Riscos ambientais
 - Neurobiologia, biomarcadores
 - Antecedentes temperamentais
 - Processamento cognitivo e emocional
 - Resposta a terapêutica



TEOC

1) As evidências de pesquisa disponíveis e considerações sobre a utilidade clínica embasam a criação de um grupo de TEOC nos manuais classificatórios?

2) Se **sim** >>> Quais Transtornos devem ser incluídos?

Se **não** >>> Onde esses Transtornos devem ser classificados?

3) Se criado, deve ser um Capítulo separado ou incluído dentro de algum outro já existente?

Transtornos Candidatos

- 23 “**Experts**” Meeting
 - Fortemente recomendados
 - T. Dismórfico Corporal
 - T. Tourette
 - Hipocondria
 - Moderadamente recomendados
 - Colecionismo
 - Personalidade Obsessivo-Compulsiva
 - Transtornos Alimentares
 - Fracamente recomendados
 - Tricotilomania
 - “Grooming”
 - Demais TCI – recomendação de não inclusão.



Transtornos Candidatos

- **187 OCD “experts”**
- TDC (72%);
- TTM (71%);
- T. Tiques (61%);
- Hipocondria (57%) e TPOC(45%).
- Outros TCIs (33%);
- T. Alimentares (28%);
- Autismo (9%);
- T. Aditivos (5%).



Mataix-Cols D, Pertusa A, Leckman JF. Am J Psychiatry 2007.

Transtorno Dismórfico Corporal

<p>Fenomenologia: comparação com TOC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos recorrentes, intrusivos, persistentes, ... tempo. ... frimento. ... repetitivos, difíceis de ... osos, realizados ... a de um pensamento, <p>(Phillips KA et al. Psychosomatics 2005) (Phillips KA et al. J Clin Psychiatry 1998)</p>
<p>Juízo crítico</p>	<p>(Phillips KA et al. Compr Psychiatry 2004) (Phillips KA et al. Compr Psychiatry 2010)</p>
<p>Suicidalidade</p>	<p>(Phillips KA et al. Depress Anxiety)</p>
<p>Comportamentos evitativos</p>	
<p>Comorbidades:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ≈ 30 TOC. Maior % de Depressão e SPA. <p>(Phillips KA et al. J Clin Psychiatry 1998) (Phillips KA et al. Depress Anxiety 2007) (Frare F et al. Eur Psychiatry 2004)</p>



Transtorno Dismórfico Corporal

Curso	<ul style="list-style-type: none">• Crônico. Idade de início igual ao TOC. <p>(Phillips KA et al. J Clin Psychiatry 1998) (Phillips KA et al. Depress Anxiety 2007) (Phillips KA et al. Am J Psychiatry 2006)</p>
História Familiar	<ul style="list-style-type: none">• Mais comum em parentes (1º. grau) de pacientes com TOC. <p>(Bienvenu OJ et al. Biol Psychiatry 2000)</p>
Neuroimagem	<ul style="list-style-type: none">• fMRI - hiperfunção orbito-frontal e caudado esquerdo. <p>(Feusner JD et al. Arch Gen Psychiatry 2010)</p>
Antecedentes temperamentais	<ul style="list-style-type: none">• Perfeccionistas, pouca extroversão, alta evitação de danos <p>(Pavan C et al. Int J Psychiatry Clin Pract 2006)</p>
Processamento cognitivo e emocional	<ul style="list-style-type: none">• Maior foco no detalhe• Interpretações negativas de informações ambíguas relacionadas a aspectos sociais e da aparência.• Identificam emoções expressas como “raiva” <p>(Amir N et al. J Abnorm Psychol 1998) (Buhlmann U et al. J Psychiatr Res 2004)</p>
Resposta a tratamento	<ul style="list-style-type: none">• ISRS (altas doses). Neurolépticos não potencializam como no TOC.• TCC (E/PR) <p>(Phillips KA et al. Body Image: Int J Res 2008) (Ipser JC et al. Cochrane Database Syst Rev 2009) (Hollander et al. Arch Gen Psychiatry 1999)</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Incluir TDC nos TEOC

T. Tourette



Comparação com TOC	<ul style="list-style-type: none"> • Um estímulo precede um comportamento (TOC=obsessão; TT = fenomeno sensorial) • Tiques complexos semelhantes a compulsões • Podem ser suprimidos por um período >> ansiedade <p style="text-align: right;">(Leckman JF et al. Am J Psychiatry 1994) (Ferrao YA et al. Psychiatry Res 2009)</p>
Comorbidade	<ul style="list-style-type: none"> • No TT >> 50% com TOC • No TOC >> 30% com tiques <p style="text-align: right;">(Miguel EC, Ferrao YA, et al. Rev Bras Psiquiatr 2008)</p>
Curso	<ul style="list-style-type: none"> • Início na infância (TT antes do TOC) • Intermitente ou crônico <p style="text-align: right;">(Ferrao YA et al. Psychiatry Res 2009)</p>
História Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • No TT >> 20% dos parentes apresentam TOC • No TOC >> 6% dos parentes apresentam tiques (x1% controles) <p style="text-align: right;">(Grados MA et al. Biol Psychiatry 2001)</p>
Neuroimagem	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleos da base >> TT e TOC • Córtex >> No TOC = orbitofrontal; no TT = área motoras e somatosensorial <p style="text-align: right;">(Bloch MH et al. Neurology 2005)</p>
Biomarcadores	<ul style="list-style-type: none"> • Sem evidências
Temperamento	<ul style="list-style-type: none"> • Sem evidências
Processamento cognitivo e emocional	<ul style="list-style-type: none"> • TT toma decisões mais fácil do que TOC. <p style="text-align: right;">(Watkins LH et al. Psychol Med 2005)</p>
Resposta a tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • TT >> neurolépticos (Neurolépticos + ISRS) ou EPR ou RH • TOC >> ISRS (ISRS+neurolépticos) ou EPR <p style="text-align: right;">(Koran LM et al. Am J Psychiatry 2007) (Cordioli A et al. Psychother Psychosom 2003) (Azrin NH et al. Behav Res Ther 1973)</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Manter TT em transtornos com início na infância

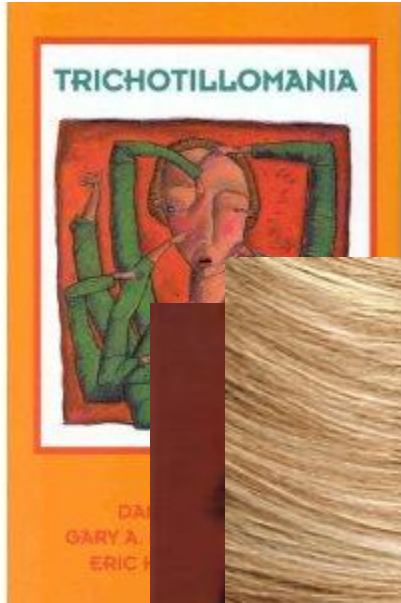
Tricotilomania

C
T

C

C

F



pulsivo e ritualizado

ico.

(Lochner C et al.BMC Psychiatry 2005)

no TOC e vice-versa
o Maior

(Lochner C et al.BMC Psychiatry 2005)

(Ferrao YA et al.Psychiatry Res 2009)

rentes de pacientes com TOC

(McIntosh et al. J Child Psychol Psychiatry 1992)

ol Psychiatry 2007)

IC Psychiatry 2005)

opsychologia 2007)

RH

iol Psychiatry 2007)

OC de aspectos

Outros



de as
nte c

or co
TEO



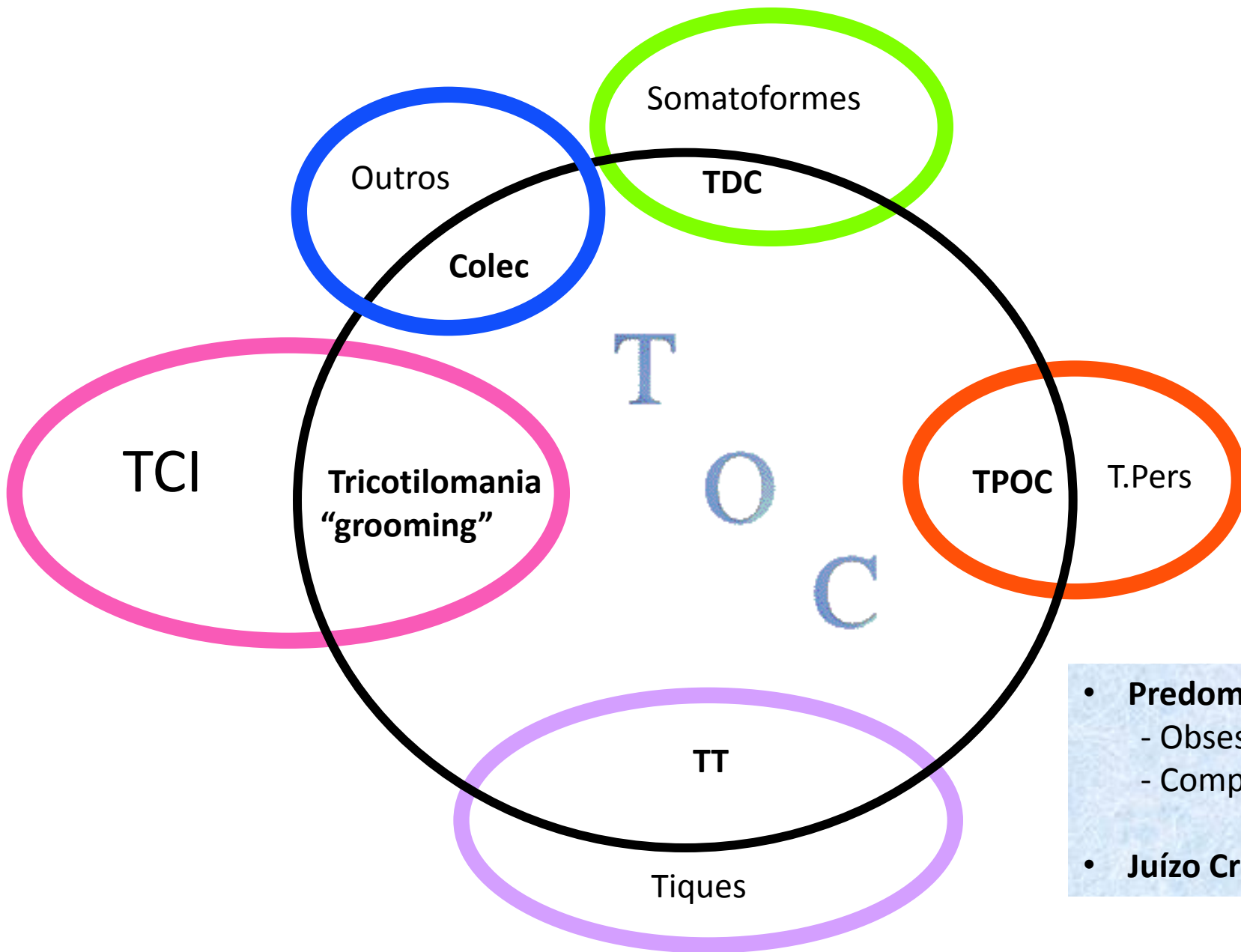
• TPOC

- Considerado hereditário neurobiológico
- Recomendação
- Vantagem na avaliação



des,
RS, aspectos
atal) >>

mento clínico e



- **Predomínios**
 - Obsessões
 - Compulsões
- **Juízo Crítico**

Pergunta 2:

~~1) Pergunta 1:~~

a) () resposta a

b) () resposta b

c) (X) resposta c

Jávio
Netten

Quando pensei que sabia as respostas,

veio a vida e mudou as perguntas!

29 e 30 de junho de 2012
Novotel Porto Alegre/RS



IX Jornada
CELPCYRO
sobre Saúde Mental
II Simpósio Brasileiro
sobre Comorbidades Psiquiátricas

**DEVERIAM OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO
OBSESSIVO COMPULSIVO SER CLASSIFICADO
SEPARADAMENTE NA CID 11 E DSM-V?**

Ygor Arzeno Ferrão
ygoraf@ufcspa.edu.br