



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Raquel Sena de Menezes

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC): TRICOTILOMANIA,
TRICOFAGIA E A SÍNDROME DE TOURETTE**

Brasília - DF

2016

Raquel Sena de Menezes

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC): TRICOTILOMANIA,
TRICOFAGIA E A SÍNDROME DE TOURETTE**

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a, Dr.^a Muna Muhammad Odeh.

Brasília - DF

2016

Resumo

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 - O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um Transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recursivos. Essas ideias obsessivas são pensamentos, aspectos ou impulsos que interferem na consciência do sujeito e perturbam as pessoas de modo a não conseguirem resistir as suas compulsões. Embora o TOC seja conhecido, algumas formas como a tricotilomania e a Tricofagia e a Síndrome de Tourette, ainda causam certa confusão conceitual. Os objetivos do presente artigo estão na realização de revisão da literatura existente sobre as duas referidas formas e a Síndrome de Tourette, trazendo relatos de opinião acerca da vivência dos indivíduos com essas condições de modo a contribuir para a compreensão conceitual. Alguns estudos mostram que o TOC afeta em torno de 2% da população sendo identificado em alguns estudos mais prevalente do que outros transtornos mentais como bipolaridade, transtorno de pânico e esquizofrenia. Para os profissionais de Saúde é de extrema importância compreender todas as formas de transtorno obsessivo e de Síndrome de Tourette para ajudar a melhoria destes respectivos quadros.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo; Síndrome de Tourette; Tricotilomania e Tricofagia.

Abstract

According to the International Classification of Diseases 10 (ICD 10) - Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is essentially characterized by disorder obsessive ideas or recursive compulsive behaviors. These ideas are obsessive thoughts, impulses or aspects that interfere with the consciousness of the subject and disturb people to be unable to resist their compulsions. Although OCD is scientifically known, some forms such as trichotillomania and trichophagia and Tourette syndrome, still cause some conceptual confusion. The objectives of this article are in conducting the review of the existing literature on the two mentioned forms and Tourette Syndrome, bringing opinion reports on the experience of individuals with these conditions in order to contribute to better conceptual understanding. Some studies show that OCD affects around 2% of the population being identified in some studies as more prevalent than other mental disorders such as bipolar disorder, panic disorder and schizophrenia. It is of utmost importance for health professionals to understand all forms of obsessive disorder and Tourette's syndrome to help improve these conditions

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder; Tourette Syndrome; trichotillomania and trichophagia.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões e este transtorno leva o indivíduo a realizar atos, manias, pensamentos e impulsos que não consegue evitar e quando não realizados a pessoa passa a apresentar sintomas físicos como, palpitações, tremores, suor excessivo e aflição, achando que poderá acontecer algo de ruim, podendo levá-lo a um quadro de depressão (FIOCRUZ, 2016).

Estudos realizados em diferentes países indicam para o transtorno obsessivo-compulsivo possui uma prevalência atual em torno de 1,0% e ao longo da vida de 2,0 a 2,5%”. “Atualmente estudos epidemiológicos indicam que o TOC acomete cerca de 1 a 3,1% da população ao longo da vida. (TORRES; LIMA, 2005).

Epidemiologicamente o TOC é uma doença crônica que atinge ambos os sexos e pode ser iniciado na infância ou na adolescência. Existem vários sintomas relacionados ao TOC, sendo que anteriormente aos sintomas do TOC, o indivíduo passa pela fase da obsessão e do delírio e essas ideias de delírio segundo o Tratado de Psicopatologia geral de Karl Jaspers definem que as ideias delirantes são a perda da capacidade de comunicação lógica já o pensamento obsessivo está sempre acompanhado da ansiedade e ela se piora quando o sujeito tenta resistir a atividade compulsiva e isso causa grande aflição e pode atrapalhar a vida social dos indivíduos (SANTOS, 2008). Quanto a prevalência do TOC:

“Uma pesquisa realizada no começo dos anos 80 pelo National Institute of Mental Health (...) forneceu uma nova visão da prevalência do TOC. A pesquisa mostrou que o transtorno afeta mais de 2% da população, e isto significa que o TOC é muito mais comum do que outras doenças mentais, tais como esquizofrenia, transtorno bipolar ou síndrome do pânico” (NIMH, 2016).

Outra pesquisa relacionada a prevalência do TOC referenciada numa tese de Doutorado de Batistuzzo (2013) da Universidade de São Paulo mostra que o TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente nas populações chegando de 1 a 3,1% da população ao longo da vida. No entanto, acredita-se que este percentual seja maior, pois muitos indivíduos com TOC, possuem vergonha e escondem seus pensamentos e não contam para a família e acabam não procurando ajuda nas unidades de saúde e na maioria dos casos isso se deve ao fato de o medo e o estigma e a falta de conhecimento a respeito deste transtorno acabarem atrapalhando a busca por ajuda.

A literatura aponta a existência de vários indicadores que identificam o TOC como transtorno mental grave que em geral acomete os indivíduos precocemente se tornando um problema grave e crônico caso não for tratado (CORDIOLI, 2016). Os sintomas, segundo Skoog (1999), em geral acompanham o indivíduo ao longo de toda a vida e tendem a apresentar mudanças em sua intensidade, mas raramente desaparecem por completo de forma espontânea.

A escala de Yale-Brown destaca as obsessões mais presentes nos indivíduos com casos suspeitos de TOC, dentre as perguntas da escala podemos destacar: tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos, resistência, grau de controle e interferências provocadas pelos comportamentos obsessivos. (CASTILO, 2000).

O transtorno obsessivo compulsivo era considerado raro e de resposta negativa ao tratamento medicamentoso até menos de 20 anos, porém existem antidepressivos que aumentam a transmissão serotoninérgica e isso pode causar uma melhora no quadro (MARQUES, 2001), o autor acrescenta que o desenvolvimento e aprimoramento de novas técnicas cognitivo comportamentais que começaram a promover alívio dos pacientes trouxeram melhores resultados.

Com relação aos fatores de risco a maioria dos profissionais salientam que os básicos fatores capazes de multiplicarem os riscos de uma pessoa desenvolver o transtorno obsessivo-compulsivo ou a síndrome de Tourette abarcam histórico familiar como a possibilidade de possuir algum parente próximo com diagnóstico de TOC e também outros acontecimentos traumáticos como perdas familiares, problemas emocionais entre outros.

Quanto a prevalência de Síndrome de Tourette ela é dez vezes maior em crianças e adolescentes, sendo que quando tiques são considerados isoladamente a frequência aproximada varia de 1% a 13% nos meninos e 1% a 11% nas meninas. (LOUREIRO, 2005). A razão para este aumento na detecção da incidência mundial da ST parece ser a melhoria na divulgação e no conhecimento das características clínicas da ST, entre os profissionais da área de saúde.

Sintomas do TOC e comorbidades

A Associação Brasileira de Síndrome de Tourette - ST, tiques e Transtorno Obsessivo Compulsivo classifica o TOC nos sintomas que seguem:

Obsessões: São pensamentos não desejados que regressam à mente do indivíduo com TOC. O indivíduo é perturbado continuamente por um pensamento cruciante. Como esses pensamentos são considerados intrusivos e desagradáveis produzem ansiedade.
Compulsões: A maioria das pessoas com TOC recorrem a comportamentos repetitivos designados compulsões como por exemplo: arrancar os próprios cabelos e comê-los, arrancar cílios e pelos da sobrancelha. Reconhecimento: as pessoas com TOC geralmente possuem considerável consciência do seu problema e na maioria das vezes, sabem que seus pensamentos são prejudiciais à saúde (ASTOC, 2015).

Entre os sintomas frequentes, encontram-se medo de contaminação, de ferir-se ou ferir outras pessoas, obsessões sexuais e de simetria, manias de lavagem, verificação continua de coisas já verificadas, contagem, ordenação e extrema organização e compulsões semelhantes a tiques. Apesar de a maioria das crianças apresentarem múltiplas obsessões e compulsões, é comum as compulsões precederem o início das obsessões, além de ser mais comum encontrar compulsões sem obsessões em crianças do que em adolescentes. (HOUNIE, 2001).

É importante lembrar que a simples ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos não implica o diagnóstico de TOC sendo que eles podem fazer parte da apresentação clínica de outro transtorno primário com outros tipos de comorbidades como as depressões, esquizofrenias e demências. (TORRES, 2001).

Para haver comorbidade são importantes a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro. Outros autores como Yaryura-Tobias et al demonstram que embora o TOC seja acompanhado por transtornos comórbidos relacionados, outras patologias podem ocorrer independentemente em qualquer momento de sua evolução (PETRIBU, 2001).

Assim como adultos com TOC, crianças e adolescentes apresentam altas taxas de comorbidade, cientistas encontraram que 90% das crianças e adolescentes apresentavam outros transtornos co-mórbidos, sendo que 70% preenchiam critérios para transtornos destrutivos do comportamento, isso demonstra que existe um grande número de pessoas que além do TOC ou ST possuem outros transtornos. Além dos quadros depressivos e fobias simples, ansiedade de separação, transtornos destrutivos e tiques são frequentes na infância. Essa observação é de extrema relevância pois podemos perceber que além do transtorno obsessivo compulsivo, tanto crianças como adultos podem adquirir outras comorbidades além do transtorno em si e isso demonstra que esse transtorno é de fato prejudicial a vida dos indivíduos que o possuem, acarretando assim em mais preocupações tanto para o paciente quanto para os familiares que são de extrema importância na observação da evolução dos sintomas e também das possíveis compulsões.

Para melhor compreensão destes transtornos é importante entender a história Natural da doença que Segundo (ZOHAR, 1999) é estável com remissão completa em 10% a 15% dos casos. Onde as principais comorbidades incluem a depressão, distúrbios de movimento e transtornos de ansiedade. No caso do TOC de início na infância e adolescência a depressão comórbida é quase sempre secundária ao TOC.

Muitas vezes o fato de não poder expor o problema para familiares o indivíduo acaba se tornando escravo desse transtorno, procurar ajuda médica ou psiquiátrica é uma espécie de tabu para a maioria dos jovens, acredito que o primeiro passo para a melhoria é assumir o problema como um transtorno real e de possível tratamento.

Relação do TOC com depressão e fobias

Com relação ao TOC em adultos, a associação entre depressão e TOC pode ocorrer de três formas segundo (ZITTERL, 2000):

- 1) Coexistência entre TOC e transtorno afetivo bipolar, com agravamento de sintomas do TOC durante as fases depressivas e melhoria durante as fases de mania;
- 2) Depressão secundária ao TOC. É a principal complicação do TOC piorando seu prognóstico;
- 3) TOC secundário à depressão com sintomas obsessivos surgindo no curso do quadro depressivo mesmo em pacientes sem história de TOC.

Pode se afirmar que em pacientes com TOC e depressão, o desenvolvimento dos sintomas do TOC são acompanhados pela melhora dos sintomas depressivos. Geralmente o quadro de TOC é geralmente primário e influente sobre a depressão (ZITTERL, 2000).

Quanto aos pensamentos obsessivos a depressão tem em comum com o TOC aspectos como culpa, auto reprovação, indecisão, medo, preocupação excessiva e baixa autoestima. Os autores citam ainda um subtipo raro de TOC não muito discutido na literatura que seria a questão da lentidão obsessiva, que se assemelha à lentificação ou semelhantes aos quadros depressivos e obsessivos que são as complicações mais comuns do TOC. Devido a possível relação entre TOC e depressão o mesmo já foi considerado uma forma de melancolia no passado, agora entende-se que a depressão pode surgir apenas em alguns casos (TORRES, 2001).

Já a relação do TOC com as ditas fobias sociais Torres (2001) salienta que além da depressão podem ocorrer com os indivíduos que possuem TOC ou Síndrome de Tourette o desenvolvimento de algumas fobias que se caracterizam-se por medos de certas situações ou objetos e isso acaba envolvendo extrema ansiedade e comportamentos de isolamento ocorrem

em ambos os quadros, podendo atrapalhar e incapacitar a vida social do indivíduo. Pode ocorrer com obsessivos que evitam até sair de casa como fóbicos sociais ou agorafóbicos.

Alguns pacientes além do TOC podem apresentar tiques crônicos e a Síndrome de Tourette. Isso demonstra que os achados reforçam a ideia de que pelo menos algumas formas de TOC são etiologicamente relacionadas à ST (HOUNIE, 2001).

Segundo a história etiológica a Síndrome de Gilles de La Tourette foi identificada inicialmente em 1825, pelo médico francês Jean Marie Itard e demonstrou que os principais sintomas da Tourette são os tiques motores ou verbais. (HOUNIE, 1999) Segundo a Associação Brasileira de Síndrome de Tourette as definições de tiques geralmente são consideradas como a emissão de um som ou a realização de um movimento rápido, repentino, recorrente, sem ritmo e estereotipado (ASTOC, 2015).

Antigamente a Síndrome de Tourette era considerada como uma forma nervosa do indivíduo se comportar, porém, não é algo tão simplista pois muitas vezes esses tiques são sintomas de uma doença cerebral que em outros casos são expressões de uma tensão emocional que tem causas psíquicas. A essência de muitos tiques ainda é incompreensível (BLEULER, 1985).

Toque associado a Tiques – ST

Pacientes que, além do TOC, manifestam tiques crônicos ou a Síndrome de Tourette parecem constituir um grupo separado com características específicas de resposta a tratamento, clínicas e fenomenológicas pois cada transtorno possui suas peculiaridades. (HOUNIE, 2001).

Segundo Coffey os pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo e Síndrome de Tourette apresentam taxas mais altas de comorbidades como por exemplo transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, fobia social, tricotilomania e Tricofagia este grupo pode apresentar maior frequência de transtornos de humor e de ansiedade e comportamentos autodestrutivos (ISSLER, 2004)

Alguns autores mostram que existem estudos genéticos que não só encontraram mais TOC clínico e subclínico em parentes de pacientes com ST como também frequências mais altas de tiques ou ST em parentes de pacientes com TOC. Esses achados reforçam a ideia de que pelo menos algumas formas de TOC são etiologicamente relacionadas à ST e isso reforça a ideia de estudos conjuntos para melhoria dos respectivos quadros. (HOUNIE e BROTO, 2001).

Por essa razão serão abordados neste trabalho 2 tipos de Transtorno Obsessivo Compulsivo relacionados aos conhecidos “tiques nervosos”. Este artigo de opinião pretende conhecer e analisar as relações entre Transtorno Obsessivo Compulsivo: Tricotilomania e Tricofagia e a Síndrome de Tourette bem como os tratamentos existentes para melhoria e cura destes transtornos. Justifica-se por meio deste artigo a necessidade de compreensão das causas e efeitos causados por estes transtornos na vida dos indivíduos assim como as possíveis intervenções terapêuticas, medicamentosas ou cognitivo comportamentais

DISCUSSÃO

No início do presente trabalho foi possível elencar a caracterização do TOC e da Síndrome de Tourette desde o início da obsessão passando pelo pensamento até o ato compulsivo em si. As consequências relacionadas a compulsão se transformam em um sentimento de culpa e angústia que são caracterizadas pela fase do reconhecimento. No que segue, pretende-se trazer maior detalhamento desses aspectos ao mesmo tempo em que elencar as dificuldades e limitações existentes no que concerne o conhecimento sobre esse quadro de doença, o seu tratamento e alívio dos sintomas bem como o processo de cuidado como todo.

As compulsões muitas vezes estão relacionadas ao emocional em que o indivíduo se encontra onde estes atos funcionam como válvula de escape e alívio para o sofrimento em que se encontra. Além das terapias com medicações existem as terapias realizadas em grupos de autocontrole, porém é importante destacar que existe uma grande necessidade de profissionais qualificados para o tratamento deste transtorno. É preciso melhorar o conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo para aumentar a procura de atendimento, assim como a correta identificação e abordagem terapêutica deste grave problema de saúde (TORRES; LIMA, 2005).

A experiência da própria autora, convivendo com o TOC ao longo de 11 anos abrangendo contato direto com demais pessoas do mesmo quadro e tratamento com profissionais da área bem como pesquisas realizadas já pela internet e recentemente fazendo parte de um grupo de autoajuda embora sendo um conhecimento informal, evidencia-se a seguinte realidade: a maioria dos indivíduos com TOC esforçam-se para se livrar dos sintomas e tentam diversos métodos para evitarem esses comportamentos, inclusive condutas terapêuticas ao mesmo tempo que essas pessoas se defrontam com um cenário profissional em que embora existam terapias

bem-sucedidas, ainda não se conhece insuficientemente a etiologia e o tratamento do TOC. Nesse sentido, (CORDIOLI, 2016), relata que

(...) foram desenvolvidas terapias que conseguem melhorar a vida de mais de 80% dos pacientes e, em muitas situações, eliminar os sintomas completamente. No entanto, alguns pacientes, infelizmente, não melhoram, ou melhoram muito pouco, mesmo com os tratamentos mais modernos que consistem numa associação de duas modalidades: medicamentos e terapia cognitivo-comportamental (TCC), razão pela qual em todo mundo muito se pesquisa ainda para conhecer melhor a etiologia do TOC e para desenvolver métodos mais eficazes de tratamento (CORDIOLI, 2016).

Por esta razão a abordagem será voltada para os dois tipos de Transtorno Obsessivo Compulsivo que são mais autodestrutivos e prejudiciais a vida dos indivíduos que possuem TOC: Tricotilomania e Tricofagia e será apresentada uma breve revisão acerca da Síndrome de Tourette e também a abordagem das formas de tratamentos encontradas pelos estudos em Terapia Cognitivo comportamental.

Tricotilomania X Tricofagia:



Exemplo de Tricotilomania e Tricofagia, ambas imagens respectivamente na ordem.

A necessidade de se conhecer a caracterização destes dois tipos de transtornos obsessivo compulsivo como citado anteriormente se deve ao fato de serem as mais autodestrutivas do TOC e o hábito de arrancar cabelos sem objetivo aparente chama-se tricotilomania.

A palavra tricotilomania, do grego "loucura de arrancar os cabelos" foi utilizada por Hallopeau no início do século XX para descrição do comportamento de pessoas que arrancavam os próprios cabelos (OPDYKE & ROTHBAUM, 2003).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foram encontradas características essenciais da tricotilomania que consiste em puxar ou arrancar os próprios cabelos

de maneira recorrente que acaba por resultar em perda capilar perceptível em qualquer região do corpo, sendo classificada como transtornos do controle dos impulsos.

Alguns autores declaram que a tricotilomania foi classificada neste tipo de transtorno e é marcada por um impulso aos quais a pessoa não consegue se controlar, alguns estudos e trabalhos científicos americanos referem que aproximadamente 1,5% dos homens e 3,5% das mulheres arrancam seus cabelos de maneira incontrolável sendo os lugares mais comuns o couro cabeludo, cílios, barba, pelos pubianos e depois de outras partes do corpo.

Os sintomas clínicos da tricotilomania incluem um sentimento de tensão e angústia e após arrancar os cabelos sentem prazer, gratificação ou alívio. Dentre os transtornos associados os autores apontam o Transtorno Obsessivo Compulsivo como um transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, transtorno de personalidade borderline e transtornos depressivos. Isso nos remete novamente a fase da compulsão que é aliviada pelo prazer momentâneo, onde muitas vezes os indivíduos que possuem tricotilomania podem com o tempo adquirir a Tricofagia. (PEREIRA, 2004)

O artigo *Tricotilomania, Tricofagia y el Síndrome de Rapunzel* remete a informação dos pacientes que apresentam tricofagia comem apenas a raiz do cabelo, esses transtornos parecem ser inofensivos a saúde do indivíduo que o possui, porém muitas vezes o próprio não sabe que pode ser considerada um transtorno ou até uma doença por falta de conhecimento. Os familiares muitas vezes acreditam que é apenas uma “mania” retardando assim o tratamento (BORGES, 2007).

O estigma e o medo também impedem que os indivíduos procurem tratamento, fazendo com que a fase do controle se torne ainda mais complicada quando o indivíduo possui as duas fases do transtorno a tricotilomania e Tricofagia, a grande problemática é que muitas vezes na frente de colegas e familiares é possível controlar os impulsos, porém é justamente quando se está sozinho que as crises de ansiedade e compulsão realmente atacam.

Torna-se importante conhecer como são abordados esses tipos de TOC no contexto do Brasil uma vez que o tratamento para esse transtorno na rede pública é caracterizado por um atendimento demorado e muitas vezes o usuário não obtém o resultado esperado sem contar o fato de que na rede pública não existe um tratamento para as especificidades do TOC, apenas de forma geral e isso acaba afetando os indivíduos não contemplados. (ANDREATINI, 2001).

O tratamento padrão geralmente utiliza ações medicamentosas que segundo os fármacos são os inibidores da receptação de serotonina, mas já existem tratamentos de forma não medicamentosa (MARQUES, 2001). No entanto, há outras abordagens não exclusivamente medicamentosas e que possuem como objetivo o alívio dos indivíduos com tricotilomania e tricofagia através das terapias cognitivo-comportamentais.

Formas de Tratamento para TOC: Tricotilomania e Tricofagia e Síndrome de Tourette

Com base nos estudos de diversos autores acerca da síndrome de Tourette, “condição associada ao transtorno obsessivo-compulsivo em revisão sobre aspectos transculturais, alguns cientistas provaram que a doença é universal e possui características clínicas semelhantes e muito provavelmente o mesmo substrato biológico. Devido a esta afirmação é possível notar que as formas de tratamentos para ambos transtornos tanto quanto a síndrome de Tourette quanto o transtorno obsessivo compulsivo são semelhantes seja na questão medicamentosa ou nas terapias cognitivo- comportamentais.

Diversas pesquisas indicam que o transtorno obsessivo-compulsivo - TOC é um transtorno heterogêneo onde existem diferentes taxas de resposta ao tratamento, diferentes cursos evolutivos e também as diversas formas de apresentação da síndrome sugerem a existência de diversos subtipos com possíveis bases fisiopatológica específicas (HOUNIE, 2001).

Dentre as formas mais comuns e efetivas para o tratamento do TOC encontrados na literatura podemos citar os inibidores da receptação de serotonina – IRS, quanto as psicoterapias de base cognitiva ou comportamental têm apresentado resultados positivos no tratamento de crianças e adolescentes com TOC.

A literatura aponta algumas formas de tratamento para a tricotilomania dentre eles se encontra o tratamento farmacológico cujos medicamentos utilizados orientam-se, em algumas hipóteses, com sais de lítio, clorpromazina, amitriptilina, buspirona, isocarboxazida, fenfluramina, progestina, quetiapina e naltrexona. Os antidepressivos com propriedades serotoninérgicas são os mais descritos. Existe ainda uma problemática no tratamento farmacológico onde ocorre a demonstração repetida da redução do efeito positivo inicialmente alcançado. Outro pesquisador em uma revisão retrospectiva de pacientes que receberam tratamento para TTM com drogas serotoninérgicas, constataram que 75% dos pacientes que se beneficiaram do tratamento farmacológico nos dois primeiros meses apresentaram retorno dos sintomas ao nível inicial já no terceiro mês. Estudos que investigaram os efeitos de longo prazo

da clomipramina também demonstraram a possível perda de efeito com o tempo. (TOLEDO, 2010).

Isso demonstra que o tratamento medicamentoso não é de fato eficaz para o tratamento da tricotilomania, pois segundo os autores citados acima a maioria dos pacientes tiveram recidiva no ato das compulsões e tiques, estes estudos demonstram que existem formas mais eficazes para o tratamento da tricotilomania, como por exemplo as terapias em grupo de autoajuda e as terapias cognitivo comportamentais.

Outros autores defendem que uma investigação controlada de Terapia Cognitivo Comportamental comparada com clomipramina e droga placebo, relatam que a TCC foi superior à clomipramina e ao placebo.

Com relação as formas de tratamento para a Tricofagia também conhecida como Síndrome de Rapunzel foram encontrados na literatura os procedimentos medicamentosos e também de cirurgia para remoção dos cabelos alojados no estômago. Essa síndrome é encontrada geralmente em meninas adolescentes com transtornos psicológicos e se manifesta com: desconforto abdominal ou náuseas e vômitos, anorexia, emagrecimento e hábito de comer cabelos (a alopecia intencional pode ser uma pista frequente para o diagnóstico).

(...) O tratamento objetivo está na eliminação completa do bezoar do trato gastrointestinal. Pequenos bezoares podem ser retirados por endoscopia aliada ou a laser e ondas de choque os fitos bezoares podem ser erradicados com enzimas, fragmentação ou medicamentos. O tratamento deve ser iniciado de forma não invasiva, mas a opção cirúrgica é a de melhor prognóstico nos quadros clínicos severos não responsivos ao manejo conservador e nas complicações e dependendo do quadro clínico na síndrome de Rapunzel, é indicado gastrotomia ou enterotomia ou ressecção extensa do intestino associada a gastrotomia e enterotomia. A gastrotomia e a enterotomia pode ser realizada apenas quando o paciente apresentar obstrução intestinal (VIDAL, 2000).

Os tratamentos para tricotilomania e tricofagia são semelhantes com relação aos estágios iniciais de ambos os transtornos, porém quando o indivíduo possui os dois transtornos o tratamento é mais complicado e exige bastante atenção por parte dos profissionais, o tempo de tratamento da tricotilomania depende do estado de debilitação em que o indivíduo se encontra, pode demorar meses ou semanas. Já o tratamento da Tricotilomania é mais prolongado no caso da necessidade cirúrgica para retirada dos cabelos alojados no estômago os chamados Tricobenzoares.

Com relação ao tratamento da Síndrome de Tourette Hounie e Petribu (2001) ressaltam que quando o indivíduo é diagnosticado aspectos diretamente relacionados aos sintomas como por exemplo a frequência, intensidade, complexidade e interferência na vida

diária dos indivíduos, devem ser cuidadosamente avaliados antes de se iniciar qualquer tipo de tratamento seja ele medicamentoso ou terapêutico. O diagnóstico precisa ser realizado precocemente a fim de reduzir e também evitar possíveis consequências psicológicas para o indivíduo com ST.

A escolha do tipo de tratamento deve ser avaliada por um profissional da área, podendo incluir abordagens farmacológica e psicológica, sendo que a abordagem psicológica além do tratamento do paciente, também serve de orientação para os componentes familiares do indivíduo, essa abordagem também auxiliara os familiares sobre como lidar com o indivíduo para também ajudar nos processos de recuperação e melhoria do quadro clínico, isso demonstra que estas terapias são de extrema importância tanto para o paciente quanto para os familiares convivendo com o indivíduo para entender como lidar nas diversas fases sintomáticas (LOUREIRO, 2005).

A abordagem da terapia Cognitivo comportamental

A terapia comportamental de EPR tem como base as teorias de aprendizagem, sendo que foi em 1939 que Mowrer mencionou um modelo para explicar as origens do medo e os comportamentos de isolamento nos transtornos de ansiedade que ficou conhecido como o modelo dos dois fatores ou dos dois sintomas, ele propôs ainda que o medo seria adquirido por condicionamento clássico e mantido por condicionamento operante. (CORDIOLI, 2012).

A terapia se inicia com os exercícios de EPR (terapia de exposição e prevenção de rituais), que são escolhidos com consentimento do paciente e o terapeuta para serem realizados no intervalo entre as sessões onde a exposição consiste no contato direto ou na imaginação com objetos, lugares ou situações evitadas em razão do medo, aflição ou nojo. Já a prevenção de respostas as manias ou tiques são de abstenção por parte do paciente de realizar rituais ou compulsões mentais ou outras manias que são destinadas ao alívio ou neutralização dos medos ou desconfortos associados às obsessões, como por exemplo o ato de arrancar e comer cabelos. (Tricotilomania e tricofagia) essa terapia auxilia nos processos de auto cura e autocontrole que são de extrema relevância para melhoria das obsessões e compulsões que levam o indivíduo a automutilação (CORDIOLI, 2012).

A Terapia Cognitivo Comportamental necessita de terapeuta ou psicólogos treinados nesse modo de terapia e com experiência em tratar pacientes com TOC. O paciente deve efetivamente se envolver nos exercícios que devem ser frequentes e durar idealmente até a ansiedade desaparecer. As dificuldades maiores devem-se ao fato de existirem poucos terapeutas com experiência na sua utilização e isso acaba dificultando o tratamento principalmente na rede pública. (UFRGS,2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura apontou que cada transtorno possui suas peculiaridades e cabe aos profissionais de saúde compreendê-las para fornecerem a forma mais adequada de tratamento para seus pacientes seja um tratamento medicamentoso ou psicoterápico e até mesmo a terapia cognitivo comportamental. Mesmo que o transtorno obsessivo compulsivo seja conhecido algumas formas deste ainda não são tão discutidas no âmbito profissional como a tricotilomania e a tricofagia, que são doenças muitas vezes não notificadas, e tão pouco conhecidas pela população em geral.

É importante ressaltar que estes transtornos são de fato prejudiciais a vida dos indivíduos que com eles vivem e não devem ser estigmatizados apenas como uma mania ou um tique como são vistos pelas pessoas que não conhecem a etiologia e a sintomática destes transtornos. Mesmo que alguns autores defendam a semelhança entre tourette e transtorno obsessivo compulsivo, cada transtorno possui uma abordagem de tratamento que se difere da outra e cada indivíduo possui um grau de debilitação diferente do outro, por esta razão o tratamento deve ser o que se adequar melhor ao quadro dos indivíduos.

Existe ainda uma grande discussão acerca do tratamento medicamentoso com os tratamentos terapêuticos, porém a terapia cognitiva comportamental vem se destacando ao longo dos anos por sua eficácia pois ela não possui efeitos colaterais como as medicações mais utilizadas e ao longo dos anos outras formas de tratamento foram se aprimorando e com a tecnologia as pessoas ampliaram a sua capacidade de comunicação auxiliando assim nos processos de autoajuda em grupos online como por exemplo o grupo online: Vencendo a Tricotilomania e a tricofagia. Nesse grupo, as pessoas relatam acerca dos processos de autocontrole, falam acerca das suas recaídas e também das conquistas e superações, sendo que o ato de compartilhar estas vivências fazem com que os indivíduos não se sintam sozinhos e que todos se apoiem, e muitas vezes esse apoio acaba auxiliando no processo de auto cura.

Pouco se encontra na literatura a respeito de qual seria a melhor terapia para os pacientes com esses transtornos, mas o que podemos afirmar é que o tratamento medicamentoso possui muitos efeitos colaterais e isso acaba afetando a vida dos indivíduos, segundo o autor as medicações, mas utilizadas como a fluoxetina, da sertralina, da paroxetina, da Fluvoxamina, citalopram e escitalopram que tem como possíveis efeitos: náuseas, dor abdominal, diarreia, sonolência e podem ocorrer também quadros de insônia, inquietude, dor de cabeça e suores noturnos e até mesmo , disfunção sexual (diminuição do desejo, dificuldades para atingir o orgasmo, retardo na ejaculação e impotência) e a possibilidade de tremores nas mãos (CORDIOLI, 2012)

Atualmente existe uma “nova técnica que promete amenizar o sofrimento dos indivíduos com estes transtornos que seria a técnica da Micro fisioterapia cuja abordagem visa buscar a causa primária referente a estes sintomas e os estímulos simulam a agressão dando a chance para que o corpo combata com eficiência e é possível perceber após a sessão um relaxamento com diminuição dos níveis de estresse, compulsão e ansiedade. A melhora no humor também é significativa e essa confiança faz com que o indivíduo pare de arrancar os cabelos, porém os mesmos demoram até um ano para crescer.

Não podemos ainda afirmar a validade da eficácia da microfisioterapia pois ainda não existem artigos científicos publicados por ser uma técnica nova no Brasil, adicionalmente não foram encontrados estudos de casos com cura, mas ainda existe a esperança que essa técnica possa amenizar o sofrimento dos pacientes assim como as terapias cognitivo-comportamentais e os processos de auto cura que podem demorar anos dependendo da gravidade do transtorno em cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

ANDREATINI, Roberto; C. FILHO, Roseli Boerngen-Lacerda e Dirceu Zorzetto. **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras**. Revista brasileira de psiquiatria, Curitiba, fev. 2001.

ASTOC. **Associação Brasileira De Síndrome De Tourette, Tiques E Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Disponível em: <<http://www.asTOC.org.br/source/php/index.php#>>. Acesso em: 13 jun. 2016

BATISTUZZO, Marcelo Camargo, **Ativação cerebral associada à memória episódica verbal no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: análise por Ressonância Magnética funcional**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 2013.

BLEULER, E. **Descrição das manifestações psicopatológicas**. In: Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.

BORGES, Jaramilo; Yasmín Maria. Tricotilomanía, **Tricofagia y el Síndrome de Rapunzel**. Acta méd. San José, v. 49, n. 1, p. 4-5, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000160022007000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 apr. 2016.

CORDIOLI, Maria Inês Corrêa Nascimento. Et Al. Revisão Técnica: Aristides. **Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____, Maria Inês Corrêa Nascimento. **Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas**. FAMED UFRGS. 2016. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/TOCtexto.html>>. Acesso em: 3 jun., 2016.

FIOCRUZ. **Transtorno Obsessivo Compulsivo na Infância**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/transtorno-obsessivo.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

HOUNIE, Ana; PETRIBU, Kátia. **Síndrome de Tourette. Revisão bibliográfica e relato de casos**. Rev. Bras. Psiquiatria. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 50-63, mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____, Ana Gabriela et al. **Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos**. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 13-16, Oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 apr. 2016.

ISSLER, Cilly Klüger; SANT'ANNA, A Marcia Kauer; LAFER, B. Flavio Kapczinski E Beny. **Comorbidade com transtornos de ansiedade em transtorno bipolar**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, n. 26, jan. 2004.

LOUREIRO, Natália Isabel V. **Tourette: por dentro da síndrome**. Rev. psiquiatria, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 218-230, jul. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2016.

MARQUES, Carla. **Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatria., São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 49-51, oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____, Carla. **Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatria. São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 49-51. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2016.

NIMH. **National Institute of Mental Health. Obsessive Compulsive Disorder Among Adults**. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/obsessive-compulsive-disorder-among-adults.shtml>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

OPDYKE, D. & Rothbaum, B. O. (2003). **Transtornos do controle de impulsos com ênfase na Tricotilomania**. Em: V. E. Caballo (Org.), Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos (pp. 445-469). Tradução organizada por M. L. Pedro. São Paulo: Santos.

PEREIRA, José Marcos. **Tricose compulsivas**. An. Bras. Dermatologia. Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 609-618, oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

PETRIBU, Kátia. **Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 17-20, oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2016.

TOLEDO, Edson Luiz; TARAGANO, Rogéria Oliveira; CORDAS, Táki Athanássios. **Tricotilomania**. Rev. psiquiatria, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 261-269, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2016.

TORRES, Albina R. **Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 21-23, Oct. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 237-242, Sep. 2005.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; WANDERLEY, Raquel Gonçalves. **Transtorno obsessivo compulsivo capítulo 11**: em: ABREU, Cristiano Nabuco De. **Psicoterapias cognitivas e construtivas**: Novas fronteiras da prática clínica. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 139 p.

ZITTERL, W.; Demal, U.; Aigener, M.; Lenz, G.; Urban, C.; ZapotOCzky, H.G.; Zitterl-Egisser, K. **Naturalistic course of obsessive-compulsive disorder and comorbid depression.** Psychopathology, 2000.

ZOHAR, A.H. **The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.** Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 1999.