VENCENDO O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

artmed®

ABP
Associação Brasileira de Psiquiatria

A Artmed é a editora oficial da ABP



C795v Cordioli, Aristides Volpato.
Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo [recurso eletrônico] / Aristides Volpato Cordioli. – 2. ed. – [Dados eletrônicos] – Porto Alegre : Artmed, 2008.

Editado também como livro impresso em 2008.
ISBN 978-85-363-1801-1

1. Psiquiatria – Transtorno obsessivo-compulsivo. I. Título.

CDU 616.89

Catalogação na publicação: Renata de Souza Borges – CRB-10/Prov-021/08

VENCENDO O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas

2ª edição

ARISTIDES V. CORDIOLI

Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e
Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatria pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



2008

© Artmed Editora S.A., 2008

Capa
Paola Manica

Ilustrações
Gilnei Cunha

Preparação do original
Aline Lorandi

Leitura final
Pablo Nunes Ribeiro

Supervisão editorial
Laura Ávila de Souza

Projeto e editoração
Armazém Digital Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 - Higienópolis
01227-100 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Aos portadores do TOC e aos seus familiares,
que sofreram por tantos anos ou que ainda sofrem.

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença muito comum que acomete cerca de 2% das pessoas ao longo da vida. Dentre as doenças psiquiátricas, é considerada uma das mais graves e incapacitantes. Seus portadores estão permanentemente ansiosos com a possibilidade de que algo de terrível possa acontecer, como contrair uma doença, incendiar a casa ou cometer falhas, eventos pelos quais se sentem responsáveis. Essas preocupações e medos os obrigam a fazer rituais como lavar as mãos, tomar banhos ou lavar as roupas excessivamente, bem como fazer verificações de forma repetida, acreditando que, com tais atos, podem impedir que os desastres ocorram. Além disso, são atormentados quase que permanentemente por medos, dúvidas, pensamentos impróprios, e cenas violentas ou chocantes dos quais não conseguem se livrar, o que compromete seriamente sua vida pessoal e de sua família. Até há pouco tempo tais sintomas eram considerados "manias" pelos seus portadores e por seus familiares e de difícil tratamento pelos profissionais da saúde, o que levava os pacientes a demorarem muitos anos a buscar tratamento após o início dos sintomas. Conseqüentemente, o TOC raramente era diagnosticado e tratado.

Esse panorama mudou radicalmente. Hoje temos tratamentos efetivos – medicamentos e terapia cognitivo-comportamental (TCC) – que, juntos, podem, de forma rápida, aliviar o sofrimento de 70% ou mais dos pacientes, muitos deles conseguindo eliminar por completo os sintomas. A larga divulgação do TOC nos meios de comunicação contribuiu para um maior esclarecimento da população sobre o que é o transtorno e também sobre onde e como tratá-lo, o que tem propiciado uma maior procura por tratamento. A primeira edição de *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* foi escrita com o propósito de divulgar o transtorno, suas manifestações e os recentes avanços da pesquisa, que esclareceram, em parte, suas possíveis causas. Porém, sobretudo, descreveu de uma maneira prática a moderna terapia cognitivo-comportamental, um dos tratamentos de primeira linha para o transtorno e, em certas circunstâncias, o mais efetivo. Destinado principalmente ao portador do TOC e a seus familiares, este livro foi planejado para ser utilizado como apoio à TCC realizada por um profissional, podendo sua simples leitura ser de grande utilidade para qualquer pessoa que se interesse em conhecer mais a fundo o transtorno.

Esta segunda edição é uma atualização e ampliação dos conhecimentos tanto na área da neurobiologia como na de teorias psicológicas do TOC, sobretudo na área de técnicas psicoterápicas surgidas desde o lançamento da primeira edição. Foi concebida, da mesma forma, como um livro destinado ao esclarecimento do transtorno para todas as pessoas interessadas e, especialmente, como um apoio ao paciente portador do TOC que está realizando a TCC. Além da ampliação de praticamente todos os capítulos, foram feitas várias modificações. A estrutura da primeira edição, dividida em sessões, foi substituída por uma seqüência de capítulos que abordam o tratamento de grupos específicos de sintomas, tornando a leitura mais flexível, mais focada, deixando o paciente mais à vontade para escolher os temas que lhe interessam e saltar os que não lhe dizem respeito, pois, como sabemos, o TOC é um transtorno heterogêneo com uma variedade muito grande de sintomas.

Os primeiros capítulos contêm informações gerais sobre o TOC e suas manifestações. Foram ampliados os capítulos que descrevem as possíveis causas e os modelos teóricos do TOC, com atualizações dos avanços da pesquisa observados no período, assim como os capítulos que abordam o tratamento das obsessões de conteúdo impróprio. Foi incluído um capítulo novo sobre um importante grupo de sintomas – o colecionismo –, no qual são descritos, além dos sintomas, as várias estratégias para abordá-lo. Foi mantido o estilo do livro, que utiliza uma linguagem simples, direta e com a suficiente clareza para ser lido e compreendido tanto por leigos como por profissionais interessados no assunto. Os capítulos que descrevem as técnicas de exposição, prevenção de respostas e seus

fundamentos foram mantidos, mas amplamente revisados. As técnicas cognitivas estão descritas em um capítulo separado. Todos os demais capítulos foram revisados, ampliados e atualizados, tendo sido incluido, ao final de cada um deles, um tópico contendo um pequeno resumo e destaques para facilitar a revisão e a memorização das informações relevantes.

Outra novidade da presente edição é o caderno de exercícios, no qual o paciente encontra formulários contendo questionários, folhas para registro de tarefas, exercícios de registro de pensamentos disfuncionais, escalas para avaliação da intensidade de sintomas, planilhas de automonitoramento, etc. Esses recursos fazem do livro um companheiro inseparável da terapia, pois, além dos conhecimentos indispensáveis de que o paciente necessita para entender melhor por que é compelido a fazer rituais, por que certos pensamentos não saem da sua cabeça e como enfrentar seus medos, este livro oferece um espaço para registrar de forma sistemática as tarefas de casa e para avaliar seus progressos ao longo da terapia.

Por ser a TCC para o TOC uma modalidade de terapia ainda pouco difundida em nosso meio, *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* interessa não só aos portadores do transtorno e a seus familiares, mas também aos profissionais da saúde, em particular aos psiquiatras, aos psicólogos e aos estudantes dessas áreas, para informarem-se a respeito dos avanços ocorridos em um campo que concentra um grande número de pesquisas e para familiarizarem-se com uma modalidade de abordagem psicoterápica que tem se revelado muito efetiva. Os terapeutas poderão utilizar o livro como um apoio à terapia, particularmente no que diz respeito à psicoeducação do paciente, ao planejamento dos exercícios, ao registro das tarefas e ao monitoramento dos sintomas, aspectos práticos importantes da terapia.

Infelizmente ainda existe um grupo de pacientes que abandonam o tratamento ou são refratários a ele, por motivos desconhecidos. Uma razão para essa dificuldade talvez seja o fato de o TOC ser um transtorno complexo e heterogêneo, associado a fatores que complicam o acesso ao tratamento e a sua realização, como a intensidade das crenças, o pouco *insight* dos pacientes sobre a natureza dos seus sintomas e sobre suas crenças distorcidas ou errôneas, o alto grau de co-morbidades que geralmente acompanham o transtorno e a dificuldade de encontrar um profissional com experiência em TCC do TOC. Um longo caminho ainda precisa ser percorrido para ampliarmos o alcance dos tratamentos e proporcionarmos um rápido alívio do sofrimento do portador do TOC e de seus familiares.

Aristides V. Cordioli

SUMÁRIO

Parte I
O transtorno obsessivo-compulsivo, suas prováveis causas e seus tratamentos

1. O que é o transtorno obsessivo-compulsivo? Quais são as suas manifestações? Sou ou não portador do TOC? 11
2. O que é e o que não é TOC 24
3. As prováveis causas do TOC: fatores cerebrais ou neurobiológicos 33
4. As prováveis causas do TOC: fatores psicológicos 42
5. Os tratamentos atuais para o TOC 56

Parte II
A terapia cognitivo-comportamental do TOC

6. A terapia comportamental de exposição e prevenção de respostas 63
7. Iniciando a terapia de exposição e prevenção de rituais: identificando os sintomas do TOC, avaliando sua gravidade e iniciando os exercícios de EPR 74
8. A terapia cognitiva do TOC 85
9. Técnicas cognitivas no tratamento do TOC 96

Parte III
A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos diferentes sintomas do TOC

10. Obsessões por sujeira, germes ou contaminação; nojo; compulsões por limpeza, lavagens excessivas e evitações (exagerar o risco) 111
11. Verificações excessivas, repetições, dúvidas e indecisão (excesso de responsabilidade e intolerância à incerteza) 124
12. Pensamentos impróprios, superstições, valorização excessiva do poder do pensamento e necessidade de controlá-lo, pensamento mágico e fusão do pensamento e da ação 138
13. Vencendo os pensamentos impróprios ou maus pensamentos 152
14. Dúvidas, indecisão e repetições; compulsões por ordem, simetria, exatidão ou seqüência (perfeccionismo e intolerância à incerteza) 164
15. Compulsão por armazenar, guardar ou poupar (colecionismo) 177

Parte IV
A continuação da terapia, a alta e a prevenção de recaídas

16. A continuação da terapia 188
17. A alta e a prevenção de recaídas 194

Parte V
Tópicos especiais

18. O portador de TOC e a família 203
19. O uso de medicamentos no tratamento do TOC 211

Referências 221
Anexo 228
Caderno de exercícios 233

parte I

O transtorno obsessivo-compulsivo, suas prováveis causas e seus tratamentos

Capítulo 1

O QUE É O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO? QUAIS SÃO AS SUAS MANIFESTAÇÕES? SOU OU NÃO PORTADOR DO TOC?

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno heterogêneo que pode se apresentar por meio de uma grande variedade de sintomas. Discute-se, inclusive, se ele constitui um único transtorno ou um grupo de transtornos. Neste capítulo, vamos descrever o que é TOC e quais são as suas manifestações. Você vai aprender o que são obsessões, compulsões e evitações, as conseqüências mais comuns dessa doença e como identificá-las. Poderá concluir se as muitas coisas que faz (ou evita fazer) são ou não indícios de que é portador do transtorno. Um pequeno questionário no Caderno de exercícios poderá auxiliá-lo a responder a essa pergunta.

Preocupar-se excessivamente com limpeza, lavar as mãos a todo o momento, tomar banhos muito demorados, não poder sentar no sofá com as roupas que usou na rua, revisar diversas vezes portas, janelas ou o gás antes de deitar, não usar roupas vermelhas ou pretas, ter medo de deixar os chinelos virados, de passar por perto de cemitérios ou funerárias com medo de que possa acontecer algo de muito ruim depois ou ficar aflito caso os objetos sobre a mesa não estejam em uma determinada posição são alguns exemplos de ações popularmente consideradas "manias", que muitas pessoas não se dão conta de que são sintomas de um transtorno: TOC.

Considerado raro até há pouco tempo, sabe-se hoje que o TOC é um transtorno mental bastante comum, acometendo entre 1,6 a 2,3% das pessoas ao longo da vida,[1] ou aproximadamente um em cada 40 a 60 indivíduos. No Brasil, é provável que existam entre 3 e 4 milhões de portadores. Muitas dessas pessoas, embora tenham suas vidas gravemente comprometidas, nunca foram diagnosticadas e tampouco tratadas, e talvez a maioria desconheça o fato de esses sintomas constituírem uma doença. Os portadores que buscam tratamento geralmente o fazem depois de muitos anos após o início dos sintomas,[2] perdendo muito tempo de suas vidas fazendo rituais, além de suportarem o desconforto e o sofrimento quase permanentes que os atormentam. Em nosso meio, os pacientes que buscaram tratamento por meio da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo apresentavam o TOC em média há 23 anos, e muitos nunca haviam realizado nenhum tratamento.[3]

Muitos portadores do TOC têm vergonha dos seus rituais, que eles mesmos reconhecem como sem sentido, e muitas vezes se escondem para realizar esses atos. Outros têm a mente invadida por pensamentos absurdos ou impróprios que os deixam com muito medo. Imaginam que podem ser pessoas más, portadoras de algum desvio moral ou de caráter, ou que podem vir a pôr em prática tais impulsos ou pensamentos, o que os deixa sentindo-se muito culpados. Acreditam, ainda, que ninguém irá compreendê-los, razão pela qual não falam com outras pessoas sobre seu sofrimento e não buscam ajuda.

Os sintomas do TOC interferem de forma acentuada tanto na vida do paciente como, na maioria das vezes, na vida da família. São comuns os conflitos porque a pessoa portadora de TOC pode demorar demais no banho ou para se arrumar, ficar furiosa porque alguém usou a sua toalha, exige que todos lavem as mãos e troquem de roupa quando chegam da rua, não se servir sem antes verificar se o prato e os talheres estão bem lavados ou sem lavá-los novamente. De modo geral, são comuns as discussões, os atritos e as exigências no sentido de não interromper os rituais ou de continuar prati-

cando-os. Dificuldades para fazer as tarefas mais simples como tomar banho, escovar os dentes e vestir a roupa, bem como atrasos para sair de casa acabam comprometendo o lazer e as rotinas de toda a família, criando um clima de desarmonia e, freqüentemente, de clara hostilidade e gerando dificuldades de relacionamento que, não raro, provocam a separação de casais ou a perda de emprego.

O TOC hoje em dia é considerado uma doença mental grave por vários motivos: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, está entre as 10 maiores causas de incapacitação das pessoas;[4] acomete preferencialmente indivíduos jovens ao final da adolescência – e muitas vezes começa ainda na infância, sendo raro seu início depois dos 40 anos.[5,6] Seu curso geralmente é crônico e, se não tratado, tende a manter-se por toda a vida, raras vezes desaparecendo por completo de forma espontânea.[7] Em aproximadamente 10% dos casos, seus sintomas são graves e tendem a agravar-se de forma progressiva,[8] podendo incapacitar os portadores para o trabalho e acarretar limitações significativas à convivência com os demais, além de submeter seus portadores a um grande e permanente sofrimento.

Na verdade, medos e preocupações fazem parte do nosso cotidiano. Aprendemos a conviver com eles tomando certos cuidados. Fechamos as portas antes de deitar, lavamos as mãos antes das refeições ou depois de usar o banheiro, verificamos se os documentos estão na bolsa ao sairmos de casa. Essas mesmas preocupações e comportamentos, entretanto, podem se tornar claramente excessivos. Quando a pessoa se sente obrigada a repeti-los inúmeras vezes ao dia em razão de medos, quando são acompanhados de grande ansiedade ou tomam muito tempo da pessoa, acabando por comprometer a rotina ou o desempenho no trabalho, configurando o que denominamos obsessões ou compulsões, sintomas característicos de um transtorno, o TOC.

Neste capítulo descreveremos os sintomas mais comuns do TOC. Você aprenderá a identificá-los e a descobrir se as muitas coisas que faz (ou evita fazer) ou algumas das suas preocupações e medos excessivos podem ser ou não indícios da doença. Se os seus sintomas forem leves, é possível que com a simples leitura do livro e com a realização dos exercícios propostos você possa vencê-los. Se, porém, eles forem graves, é recomendável que busque ajuda. Nesse caso, o livro pode ser utilizado como complemento e apoio ao tratamento.

O QUE É O TOC E QUAIS SÃO OS SEUS SINTOMAS?

O TOC é um transtorno mental incluído pelo *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV),[9] da Associação Psiquiátrica Americana, nos chamados transtornos de ansiedade. Está classificado ao lado das fobias (medo de lugares fechados, de elevadores, de pequenos animais como ratos, lagartixas, insetos ou animais domésticos, de alturas ou de ver sangue ou ferimentos); da ansiedade ou fobia social (medo de expor-se em público ou diante de outras pessoas); do transtorno de pânico (crises súbitas de ansiedade, seguidas de medo de freqüentar os locais onde ocorreram os ataques, como lugares fechados e aglomerações de pessoas) e da ansiedade generalizada (medos excessivos, preocupação e tensão permanentes).

Os sintomas do TOC envolvem alterações do pensamento (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas com doenças, com falhas, pensamentos de conteúdo impróprio ou "ruim"); do comportamento (rituais ou compulsões, repetições, evitações, lentidão para realizar tarefas, indecisão) e emocionais (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão). Sua característica principal é a presença de obsessões e/ou compulsões ou rituais.

Os *rituais* ou *compulsões* são realizados em razão dos medos ou da aflição que ocorrem sempre que a mente é invadida por uma *obsessão* – um pensamento de conteúdo catastrófico, como contaminar-se, contrair uma doença grave, cometer falhas ou ser responsável por acidentes ou acontecimentos. As *evitações*, embora não-específicas do TOC, são, em grande parte, responsáveis pelas limitações que o transtorno acarreta. Esses são os sintomas-chave do TOC. É importante que você aprenda a identificá-los (objetivo principal deste capítulo), pois, para vencer o transtorno, o primeiro passo é ser capaz de reconhecer todas as suas manifestações e a razão da sua existência.

Vejamos, então, o que são obsessões, compulsões ou rituais e evitações, termos empregados freqüentemente ao longo deste livro.

O QUE SÃO OBSESSÕES?

A palavra "obsessão" pode ser usada em diferentes sentidos. Às vezes é usada para designar o fato de pensar a mesma coisa de forma repetida e/ou de analisar uma questão (dúvida) interminavelmente. Também é utilizada para designar algo que a gente ama, ou algo de que a gente gosta muito ou em que se tornou viciado. Neste livro a palavra "obsessão" se refere a algo que você teme.

Obsessões são pensamentos ou impulsos que invadem a sua mente de forma repetitiva e persistente. Podem ainda ser cenas, palavras, frases, números, músicas, etc. Sentidas como estranhas ou impróprias, geralmente são desagradáveis, pois são acompanhadas de medo, angústia, culpa, desconforto, nojo ou desprazer. O indivíduo, no caso do TOC, mesmo não desejando ou considerando tais pensamentos absurdos, impróprios ou ilógicos, não consegue afastá-los ou suprimi-los de sua mente.

Obsessões mais comuns

- Preocupação excessiva com sujeira, germes ou contaminação.
- Dúvidas e necessidade de ter certeza.
- Preocupação com simetria, exatidão, ordem, seqüência ou alinhamento.
- Pensamentos, cenas ou impulsos de ferir, insultar ou agredir outras pessoas.
- Pensamentos ou cenas violentas.
- Pensamentos, cenas ou impulsos indesejáveis e impróprios relacionados a sexo (comportamento sexual violento, abuso sexual de crianças, homossexualidade, palavras obscenas).
- Preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar.
- Preocupações excessivas com doenças ou com o corpo.
- Religião (pecado, culpa, escrupulosidade, cometer sacrilégios ou dizer blasfêmias).
- Pensamentos supersticiosos: preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários (podem provocar desgraças).
- Palavras, nomes, cenas ou músicas indesejáveis que o indivíduo não consegue afastar da mente.

Para realmente entender as obsessões, é importante entender as conseqüências das quais você tem medo. Uma das principais conseqüências das obsessões são os medos:

- de contaminação ou de contrair doenças
- de cometer falhas imperdoáveis
- de não conseguir impedir desgraças futuras
- de ferir os outros ou a si mesmo
- de cometer atos impróprios ou moralmente condenáveis
- de sentir nojo ao entrar em contato com certas substâncias
- do que significa ter certos pensamentos de conteúdo agressivo, sexual, supersticioso, impróprios.

Esses medos levam o portador do TOC a fazer algo para afastá-los ou neutralizá-los.

O QUE SÃO COMPULSÕES OU RITUAIS?

O portador do TOC procura encontrar formas de neutralizar seus medos e afastar o "perigo", o que o leva a adotar medidas que têm por finalidade reduzir ou eliminar as possíveis conseqüências desastrosas associadas às obsessões, de modo a sentir-se aliviado. De que maneira isso é feito? Por meio de várias táticas chamadas de *neutralização*. As duas principais são a realização de *compulsões* ou *rituais* e a *evitação* do contato com objetos ou situações que representam "perigo". Além disso, a pessoa pode tentar vigiar e afastar maus pensamentos, repetir uma palavra, anular um pensamento "ruim" com

um pensamento "bom", tentar (por meio do raciocínio ou da argumentação consigo mesma) chegar a uma conclusão ou ter certeza de que o perigo não existe, fazendo perguntas para outras pessoas, rezando, etc. Na medida em que o TOC progride em gravidade, é cada vez mais difícil conseguir uma neutralização perfeita e ter certeza de que as desgraças não irão acontecer, o que pode levar a repetições intermináveis, perguntas, verificações ou mesmo repetições de raciocínios para esclarecer dúvidas impossíveis de serem esclarecidas.



OS RITUAIS E A IMPOSSIBILIDADE DE TER CERTEZA

Para a maioria dos portadores de TOC, a impossibilidade de ter certeza de que os possíveis danos foram reduzidos ou totalmente eliminados é uma das razões que os levam a repetir determinados atos de forma interminável e frustrante, transformando-os em rituais. Muitas vezes, ao completar um ritual como, por exemplo, lavar as mãos, vem a dúvida: "será que estão bem limpas?" Ou o pensamento: "sinto que não estão bem limpas". Para resolver essa dúvida, o paciente pode voltar a lavar as mãos, tentar convencer a si mesmo de que elas estão perfeitamente limpas ou de que não há nenhum risco de contaminação no que tocou, o que, geralmente, é impossível. A opção preferida quando há dúvida é repetir o ritual.

Obsessões e rituais

Compulsões são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os exemplos mais comuns são lavar as mãos repetidas vezes, fazer verificações, contar, repetir frases ou números, alinhar, guardar ou armazenar objetos sem utilidade, repetir perguntas, etc. As compulsões aliviam momentaneamente a ansiedade que acompanha as obsessões, levando o indivíduo a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão. Por esse motivo, diz-se que as compulsões têm uma relação funcional (de aliviar a aflição) com as obsessões. E, como são aparentemente bem-sucedidas nessa função, o indivíduo é tentado a repeti-las todas as vezes que sua mente é invadida por uma obsessão, em vez de enfrentar seus medos, o que acaba por perpetuá-los.



Dessa forma, a pessoa se torna prisioneira dos rituais como se fosse a única forma conhecida para aliviar os seus medos, lavando as mãos ou verificando as portas, por exemplo.

Nem sempre as compulsões apresentam conexão real com o que desejam prevenir (p. ex., alinhar os chinelos ao lado da cama antes de deitar para que não aconteça algo ruim no dia seguinte ou dar três batidas em uma pedra da calçada ao sair de casa para que a mãe não adoeça). Nesse caso, por trás desses rituais, existe um pensamento ou uma obsessão de conteúdo mágico, muito semelhante ao que ocorre nas superstições: poder influenciar o futuro ou agir a distância.

Os dois termos (compulsões e rituais) são utilizados praticamente como sinônimos, embora o termo "ritual" possa gerar alguma confusão, uma vez que as religiões e muitos grupos culturais adotam comportamentos ritualísticos, como contagens e repetições, em suas práticas: ajoelhar-se três vezes, rezar seis ave-marias, rezar três ou cinco vezes ao dia, benzer-se ao passar diante de uma igreja, recitar ladainhas. Existem rituais para batizados, casamentos, funerais, etc. Além disso, certos costumes culturais, como a cerimônia do chá entre os japoneses, o cachimbo da paz entre os índios ou o funeral com honras militares, envolvem ritos que lembram as compulsões do TOC. Por esse motivo, há certa preferência pelo termo "compulsão" quando se fala em TOC.

Compulsões mais comuns

- Lavagem ou limpeza
- Verificações ou controle (checagens)
- Repetições ou confirmações
- Contagens
- Acúmulo, armazenamento ou coleção de coisas sem utilidade ou que jamais serão usadas (colecionismo), necessidade de poupar ou economizar
- Ordem, simetria, seqüência ou alinhamento
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar, raspar, estalar os dedos ou as articulações

Compulsões mentais

Algumas compulsões não são percebidas pelas demais pessoas, pois são realizadas mentalmente e não mediante comportamentos motores observáveis. Elas têm a mesma finalidade: reduzir a aflição associada a um pensamento. Alguns exemplos de compulsões mentais são:

- repetir certas palavras ou frases
- rezar
- relembrar cenas ou imagens
- contar ou repetir números
- fazer listas
- marcar datas
- tentar afastar pensamentos ou palavras indesejáveis, substituindo-os por pensamentos ou palavras de sentido contrário.

A marca registrada do TOC são as repetições.

A origem das compulsões

Como já foi comentado, atualmente se acredita que as compulsões existam em razão das obsessões: são realizadas com a finalidade de aliviar o medo ou o desconforto que as acompanha, tentando reduzir ou eliminar por completo as possíveis conseqüências desastrosas atuais ou futuras. São, portanto, geralmente precedidas por um pensamento de natureza catastrófica, de algum desastre ou de algo muito ruim que possa acontecer. Certas compulsões (como dar uma olhada para o lado, tocar, raspar, estalar os dedos, fechar as mãos com força, etc.) são realizadas sem que qualquer pensamento as preceda. Geralmente são precedidas apenas por uma sensação de desconforto ou tensão física (fenômeno sensorial), que necessita ser aliviada ou descarregada, ou por um sentimento de "tenho que..." ou " tem que...".

EXEMPLOS DE OBSESSÕES E COMPULSÕES MAIS COMUNS

Uma das obsessões mais comuns é a preocupação excessiva com sujeira ou contaminação, seguida de compulsões por limpeza, por lavagens excessivas e pela necessidade de evitar tocar em objetos ou freqüentar lugares considerados sujos, contaminados. Manifesta-se sob diversas formas, como as relacionadas a seguir.



Compulsões por limpeza

- Lavar as mãos inúmeras vezes ao longo do dia.
- Lavar imediatamente as roupas que tenham sido usadas fora de casa (mesmo limpas).
- Lavar as mãos imediatamente ao chegar da rua.
- Trocar de roupa muitas vezes.
- Tomar banhos muito demorados, esfregando demasiadamente o sabonete.
- Usar sistematicamente o álcool para limpeza das mãos ou do corpo.
- Lavar caixas de leite, garrafas de refrigerante, potes de margarina antes de guardá-los na geladeira.
- Passar o guardanapo nas louças ou nos talheres do restaurante antes de servir-se.
- Usar xampu, sabão, desinfetante ou detergente de forma excessiva.

Dúvidas, medo de falhar e necessidade de fazer verificações

Uma das preocupações mais comuns no TOC relaciona-se com a possibilidade de falhar e, em conseqüência, ocorrer algum desastre ou prejuízo (a casa incendiar, inundar ou ser arrombada). Tal preocupação se manifesta sob a forma de dúvidas, necessidade de ter certeza ou intolerância à incerteza, as quais, por sua vez, levam a pessoa a realizar verificações ou repetições como forma de ter certeza, por exemplo, de que a porta da casa está bem fechada, para aliviar-se da aflição.

Quando o sofrimento associado à dúvida é grande, alguns portadores do TOC simplesmente se esquivam de situações de responsabilidade. Preferem não sentir a necessidade de realizar verificações, evitando, por exemplo, sair por último do local de trabalho, não sendo, assim, responsáveis por desligar os equipamentos ou por fechar as portas. Acredita-se que certas características pessoais, como senso exagerado de responsabilidade e conseqüente medo de cometer falhas, necessidade de ter certeza e elevado nível de exigência (perfeccionismo) desempenham papel importante no surgimento e na manutenção das obsessões de dúvida e da necessidade de executar verificações.

> As verificações são geralmente precedidas por dúvidas, pela necessidade de ter certeza de que a possibilidade do dano foi reduzida ou totalmente eliminada e por preocupações com possíveis falhas. Destinam-se a eliminar essas dúvidas e preocupações.

As verificações devem ser consideradas sintomas de TOC quando repetidas ou quando o indivíduo sente grande aflição caso seja impedido de executá-las. As situações mais críticas, nas quais o impulso de realizá-las é mais intenso, são ao sair de casa, antes de deitar, ao estacionar o carro e ao sair do trabalho.

As verificações mais comuns são listadas a seguir.

Exemplos de verificações

- Verificar portas e janelas, antes de deitar ou ao sair de casa.
- Verificar eletrodomésticos (ferro de passar, fogão, chapinha de alisar os cabelos, TV), gás, etc.
- Checar se as torneiras estão fechadas, com a necessidade de apertá-las (às vezes de forma demasiada, a ponto de quebrá-las) ou de passar a mão por baixo para se certificar de que não está saindo nenhuma gota de água.
- Acender e apagar novamente lâmpadas apagadas; ligar e desligar o celular ou a TV mais de uma vez, com receio de que não tenham ficado "bem" desligados.
- Checar a bolsa ou a carteira, para certificar-se de que não faltam documentos, chaves, etc.

- Verificar se atropelou ou não com o carro alguém que passava na calçada ou ao lado, com a necessidade de verificar no espelho retrovisor ou até mesmo de refazer o trajeto para certificar-se de que o fato não ocorreu.
- Verificar se as portas e os vidros do carro ficaram bem-fechados, testando cada um deles, mesmo vendo que os pinos de segurança estão abaixados.

É comum que, além de fazer verificações repetidas, os pacientes toquem com as mãos ou olhem demoradamente os objetos (botões do fogão, torneira do gás, portas da geladeira, lâmpadas, gavetas). Esses comportamentos não deixam de ser formas sutis de verificação e de eliminação de dúvidas.

As compulsões associadas a dúvidas também podem ser mentais, como reler várias vezes um texto ou parágrafo e recitá-lo mentalmente para ver se foi memorizado de forma correta, visualizar repetidas vezes uma mesma cena ou filme, reproduzir mentalmente uma conversa para garantir que nenhum detalhe tenha sido esquecido, revisar várias vezes um cheque assinado para que não contenha erro, ou, ainda, revisar listas muitas vezes para que nada seja esquecido, etc.

Pensamentos impróprios, "maus pensamentos" ou "pensamentos ruins"



São comuns no TOC os chamados "maus pensamentos", "pensamentos ruins" ou pensamentos impróprios. Eles, em geral, incluem-se em uma das seguintes categorias: pensamentos agressivos, ou cenas violentas invadindo a cabeça, chamados popularmente de pensamentos "horríveis"; pensamentos de conteúdo sexual impróprio; pensamentos de conteúdo religioso blasfemo, escrupulosidade excessiva e pensamentos "ruins", de conteúdo catastrófico. Eles são muito mais comuns do que se imagina, e, eventualmente, todos nós temos alguns desses pensamentos. É trivial, por exemplo, um adolescente imaginar-se momentaneamente fazendo sexo com a mãe ou a irmã. Assim como, no mesmo instante, ele pode se dar conta de que "estava pensando uma besteira", não dar maior importância à ocorrência de tal pensamento ou à possibilidade de um dia vir a praticá-lo, conseguindo afastar tal pensamento ou a cena sem maiores problemas. Já o portador do TOC fica chocado com tais cenas, que são acompanhadas de grande aflição, pois interpreta a presença destas como indicativa de risco de um dia vir a praticá-las e tenta, sem sucesso, afastá-las da mente. Passa, ainda, a vigiar os próprios pensamentos, porém, quanto mais tenta afastá-los ou quanto mais importância dá à sua presença, mais intensos eles se tornam.

Pensamentos, impulsos ou cenas de conteúdo agressivo ou violento

No TOC são bastante comuns pensamentos ou impulsos impróprios, cenas de conteúdo agressivo ou violento. Alguns exemplos são citados a seguir.

Obsessões de conteúdo agressivo

- Atirar o bebê pela janela.
- Intoxicar o filho com venenos domésticos, como raticidas ou gás.
- Empurrar alguém (um idoso, uma criança) escadaria abaixo.
- Dar um soco em uma pessoa ao cumprimentá-la.
- Jogar o carro em cima de um pedestre.
- Atropelar pessoas idosas.

Como forma de diminuir a aflição e o medo que acompanham essas obsessões, os portadores do TOC, além de tentar afastá-las da mente, adotam medidas para impedir que um dia venham a praticá-las, como colocar telas nas janelas para evitar jogar o bebê em momento de descontrole, evitar comparecer a eventos sociais ou cumprimentar pessoas, checar a sacola várias vezes para ver se não há algum veneno com o qual possa contaminar o filho, etc.

Pensamentos impróprios relacionados com sexo

São comuns pensamentos, impulsos intrusivos e impróprios ou cenas de conteúdo sexual, tais como os listados a seguir.

É importante destacar que fantasias sexuais de conteúdo excitante e prazeroso que surgem quando folheamos uma revista, assistimos a uma cena ou a um filme de conteúdo erótico ou vemos uma pessoa sexualmente atraente fazem parte da nossa vida e não só devem ser consideradas normais como são um sinal de saúde. Seu conteúdo é agradável, excitante, provoca o desejo e, sobretudo, é prazeroso. Já as obsessões de conteúdo sexual impróprio do TOC são acompanhadas de aflição ou angústia, são desagradáveis, consideradas claramente impróprias ou antinaturais e contrariam os próprios desejos e princípios dos seus portadores. Por esses motivos, as conseqüências imediatas, em vez de desejo, excitação ou prazer, são angústia, aflição, medo e até depressão.

Obsessões de conteúdo sexual (pensamentos ou impulsos)

- Fixar os olhos nos genitais de outras pessoas.
- Molestar sexualmente crianças.
- Ter dúvidas sobre ser ou não homossexual.
- Abaixar as calças ou arrancar a roupa de outras pessoas.
- Ter relação sexual com irmão, irmã, pais, tios.
- Violentar sexualmente uma pessoa conhecida ou desconhecida.
- Praticar sexo violento ou perverso (p. ex., com animais).

Pensamentos de conteúdo blasfemo

No TOC também são comuns pensamentos de conteúdo considerado blasfemo por seus portadores, tais como os listados a seguir:

- Cenas repetitivas de sexo com a Virgem Maria ou com os(as) santos(as).
- Cenas ou pensamentos de conteúdo sexual com Jesus Cristo na cruz.
- Pensar no demônio ou em "entidades" divindades de outras religiões.
- Dizer obscenidades ou blasfêmias em um momento em que todos estão em silêncio durante a missa de domingo.

Essas obsessões são provocadoras de grande ansiedade, especialmente em pessoas religiosas. Na religião católica, em particular, os pensamentos de conteúdo blasfemo foram associados à noção de pecado e, eventualmente, de pecado mortal, de castigo por Deus, representando até o risco de condenação ao fogo do inferno. É comum a necessidade de confessar-se repetidamente ou de fazer outros rituais de purificação, tais como rezas, banhos, lavagens ou penitências, como forma de neutralizar a aflição associada.

Obsessões ou compulsões de conteúdo supersticioso

Todos nós temos algumas superstições que fazem parte da nossa cultura, assim como da cultura de todos os povos, particularmente entre os povos primitivos. Não passar embaixo de escadas ou evitar cruzar com um gato preto na rua são atitudes que, para muitos, podem prevenir o azar. Bater três vezes na madeira dá sorte, deixar os chinelos virados pode dar grande azar. O número 13 é conside-



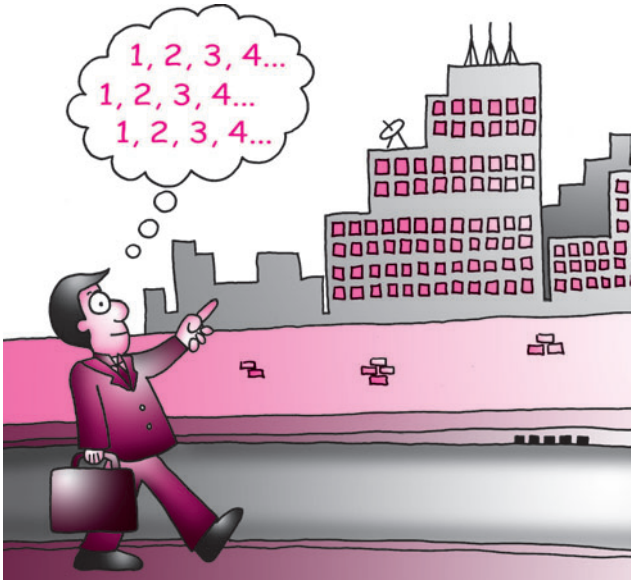
rado por muitos o número de azar, especialmente se o dia 13 for uma sexta-feira. O número 27 é de sorte. Em outros casos, sonhar com um número pode representar a possibilidade de ganhar na loteria. O que distingue as superstições que fazem parte da cultura das obsessões consideradas sintomas do TOC é a intensidade com que se acredita nelas, o quanto elas interferem na vida diária e o grau de aflição que provocam caso sejam contrariadas.

No TOC as superstições têm alguma conexão com objetos temidos que ficaram associados ao azar (doença, morte); como conseqüência, são evitados objetos ou lugares que possam provocar tais infortúnios. Se uma pessoa não sai de casa de forma alguma ou sai com grande aflição nos dias que contêm o número 3, o número 7 ou números ímpares, ou necessita interromper completamente suas atividades quando o ponteiro dos relógios está ultrapassando o número 6, caso contrário, acredita que poderá ocorrer alguma desgraça, ela pode ter as chamadas obsessões de conteúdo supersticioso ou mágico.

Contar, repetir

Contar mentalmente é bastante comum em momentos de ansiedade. Enquanto esperamos o resultado do vestibular no saguão da faculdade ou aguardamos na fila do banco ou na sala de recepção do médico, mentalmente passamos a contar os quadros na parede, o número de janelas do prédio, de pessoas na fila, ou assoviamos muitas vezes uma mesma música. Essas contagens e repetições são normais, porque, se desejarmos, podemos interrompê-las sem ficarmos aflitos.

Em portadores do TOC é comum a necessidade de contar mentalmente enquanto se realiza determinada atividade ou repetir certas tarefas ou alguns comportamentos, como contar as janelas dos edifícios, repetir determinada reza um número exato de vezes antes de deitar, lavar cada lado do corpo ou escovar os dentes três vezes, ler letreiros ou placas da rua, somar os números das placas dos carros (e, eventualmente, tirar os noves fora). Outras repetições são realizadas em quantidade previamente determinada. Ler ou reler o mesmo parágrafo ou página de um jornal ou de um livro, pôr e tirar certa peça de roupa, atar e desatar o cadarço dos sapatos, apagar e acender a luz, sentar e levantar da cadeira, entrar e sair de uma peça da casa, esfregar o sabonete ou passar o xampu no cabelo um determinado número de vezes são alguns exemplos muito comuns. O pensamento que está por trás de tais contagens e repetições é o de que algo ruim poderá acontecer se esses atos não forem executados na forma ou no número exato de vezes predeterminado. Somente procedendo dessa maneira ritualística a pessoa acredita que



conseguirá impedir o pior. E se, por acaso, se distrair, errar a contagem ou não seguir exatamente a seqüência estabelecida, recomeça tudo até executar o número exato previamente determinado, o que faz com que a pessoa se sinta prisioneira de seus medos e rituais. Essas repetições podem tomar muito tempo, atrasando a saída de casa ou o trabalho.



Compulsões por ordem, simetria, seqüência ou alinhamento

Manter os papéis em cima da escrivaninha ou as roupas nas prateleiras do guarda-roupa em certa ordem é desejável. Mas quando se perde muito tempo alinhando objetos no armário do banheiro, os livros na estante, os pratos e os talheres na mesa, ou quando qualquer objeto fora do lugar provoca grande aflição e desencadeia o impulso de alinhá-lo, estamos diante de mais um típico sintoma do TOC.

Também é comum ter de realizar algumas tarefas em determinada seqüência ou de acordo com certas regras. Uma paciente, ao entrar em casa, sentia-se obrigada a contar os quadros da sala em determinada ordem (sempre a mesma); uma outra se obrigava a fazer sempre o mesmo trajeto ao entrar no edifício e em seu apartamento: passar entre duas colunas e depois, no apartamento, repassar na mesma ordem todas as peças da casa; um outro sentia-se obrigado a realizar uma seqüência detalhada de procedimentos antes do banho: alinhava as roupas em certa ordem sobre uma banqueta, colocava o tapete de borracha exatamente no centro do boxe e alinhava outro tapete do lado de fora, gastando entre 10 e 15 minutos nesse ritual.

Armazenar, poupar, guardar ou colecionar objetos inúteis (colecionismo)

O colecionismo é a tendência a guardar e a dificuldade em se desvencilhar de objetos sem valor, inúteis ou demasiados, que passam a ocupar espaços de forma a causar transtornos para o uso habitual dos espaços da casa. Os indivíduos que têm obsessões e compulsões por armazenar objetos, apresentam ansiedade intensa caso necessitem se desfazer de algum objeto, mas, ao mesmo tempo, têm dificuldade em classificar e organizar, e se sentem bem com grande quantidade de coisas à sua volta.

Nós todos guardamos certos objetos que têm algum valor afetivo. Os portadores do TOC, entretanto, não conseguem distinguir entre objetos de valor afetivo e lixo. Guardar papéis ou recortes de jornais pode ser útil em algumas circunstâncias; porém, ter prateleiras ou até peças da casa cheias de revistas ou jornais velhos, caixas de sapato vazias, embalagens e garrafas vazias, recibos de contas vencidas e pagas há muito tempo, roupas que não servem mais ou que estão fora de moda, sapatos que não serão mais usados, etc., podem caracterizar um sintoma do TOC: o colecionismo, ou seja, a tendência a guardar e a armazenar coisas inúteis. No caso do TOC, são objetos efetivamente sem valor real. Discute-se se os colecionistas constituem ou não um grupo distinto de TOC, pois não respondem aos tratamentos usuais como os portadores de outros tipos de sintomas. Neste livro há um capítulo inteiro sobre o colecionismo, o Capítulo 15, no qual esse quadro será abordado com maior profundidade.



COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS AO TOC: EVITAÇÕES, LENTIDÃO MOTORA, INDECISÃO E HIPERVIGILÂNCIA

Evitações

Os sintomas do TOC têm conseqüências comportamentais que, muitas vezes, são as grandes responsáveis pelo comprometimento ou até pela incapacitação acarretados pelo transtorno. Uma dessas conseqüências são as evitações. Os pacientes que têm obsessões relacionadas com sujeira ou contaminação, ou mesmo medos supersticiosos exagerados, adotam com muita freqüência comportamentos

evitativos (evitações) como forma de não desencadear suas obsessões e o medo associado a elas ou de neutralizá-los. Tais evitações são, em geral, impostas aos demais membros da família, o que, inevitavelmente, acaba provocando conflitos.

A seguir são descritos alguns exemplos de evitações comuns:

- Não tocar em maçanetas de portas, corrimãos de escadas ou de ônibus; não tocar em portas, tampas de vasos, descargas ou torneiras de banheiros (ou usar lenço ou papel para tocá-las).
- Isolar móveis, locais ou espaços dentro de casa e impedir o acesso dos familiares quando estes chegam da rua.
- Tirar os sapatos, trocar de roupas, lavar as mãos ou tomar banho quando chega da rua e obrigar os familiares a fazerem o mesmo.
- restringir o contato com sofás ou camas (cobri-los com lençóis, não sentar com a roupa da rua ou com o pijama).
- Não tocar em interruptores elétricos ou evitar pressionar o botão do elevador.
- Não sentar em bancos de praça ou de meios de transporte coletivos.
- Não encostar roupas usadas e "contaminadas" nas roupas "limpas" dentro do guarda-roupa.
- Evitar sentar em salas de espera de clínicas ou hospitais (principalmente em lugares especializados em câncer ou AIDS).
- Não usar talheres, sabonetes ou toalhas usadas por outras pessoas.
- Não usar telefones públicos.
- Não cumprimentar determinadas pessoas (mendigos, aidéticos, pessoas com câncer, etc.).
- Não utilizar banheiros que não sejam os da própria casa.
- Evitar pisar no tapete ou no piso do banheiro em casa ou no escritório.
- Não freqüentar piscinas coletivas e não tomar banhos de mar.

Na verdade, a preocupação (obsessão) com sujeira, germes, doenças e contaminação é uma das obsessões mais comuns em portadores do TOC. Eles a transformam em cuidados e precauções excessivos e impõem esses zelos aos demais membros da família.

Exemplos clínicos de comportamentos evitativos

Uma paciente, por exemplo, obrigava seus familiares a trocarem a roupa ou os sapatos para entrarem em casa; outra exigia que o marido tomasse banho imediatamente antes das relações sexuais; uma terceira obrigava o marido a lavar a boca antes de beijá-la, ao chegar da rua; e outra paciente exigia que seu filho de dois anos usasse luvas para abrir a porta. Essas exigências causam conflitos constantes, o que compromete a harmonia conjugal e familiar.

Nojo ou repugnância

Nem sempre as evitações estão necessariamente associadas ao receio de contrair doenças ou ao medo de contaminação por germes ou pesticidas. Alguns pacientes relatam que evitam tocar em certos objetos apenas por nojo ou repugnância (p. ex., tocar em carne, gelatina, cola, urina, sêmen), sem que tenham necessariamente medo de contrair alguma doença específica ou que sejam invadidos por um determinado pensamento catastrófico. O nojo é uma emoção básica que se supõe ter uma função evolucionária (de proteção da espécie ao longo da evolução) e que ajuda a evitar doenças e contaminação. Foi demonstrado que a sensibilidade ao nojo correlaciona-se positivamente com o TOC e prediz significativamente a ocorrência de medo de contaminação. Estudos de imagem cerebral funcional demonstraram que os mesmos circuitos cerebrais ativados em pacientes que têm preocupações com contaminação são ativados em pacientes expostos a estímulos que provocam nojo, sugerindo que os circuitos neuronais envolvidos sejam os mesmos.[9] O interessante é que esses sintomas também podem desaparecer com a mesma abordagem terapêutica – a terapia de exposição e prevenção de rituais – utilizada para o tratamento dos demais sintomas do TOC.

Lentidão obsessiva e indecisão

É comum, em portadores do TOC, a lentidão ao executar tarefas. Essa lentidão pode ocorrer em razão de dúvidas, indecisão ou repetições para "fazer a coisa certa ou de forma exata" (tirar e colocar a roupa várias vezes, sentar e levantar, sair e entrar, etc.), verificações repetidas (trabalho, listas, documentos), banho demorado (para fazer uma lavagem bem feita e completa), tempo demasiado para se arrumar (perfeccionismo) ou adiamento de tarefas devido à indecisão (necessidade de ter certeza).

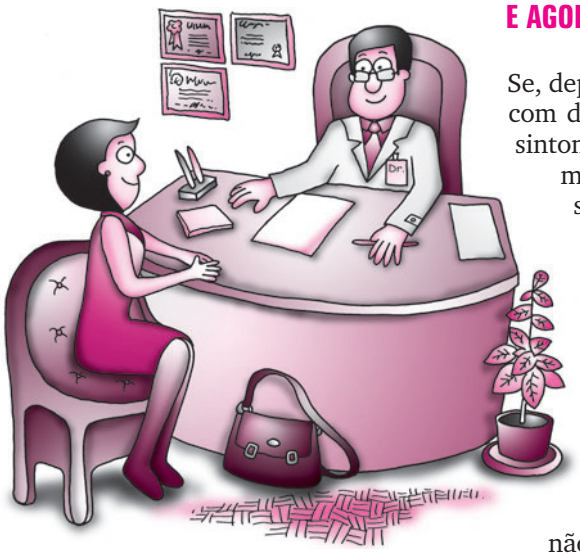
Hipervigilância

Uma outra conseqüência comportamental e psicológica dos sintomas do TOC é a hipervigilância – estar com o radar permanentemente ligado para o foco das obsessões: sujeira, possibilidade de contrair doenças ou de falhar, objetos fora de ordem. Sabe-se que a hipervigilância aumenta a freqüência e a intensidade das obsessões. Quanto mais se tem medo, por exemplo, de sujeira, mais se vê sujeira. Esforçar-se por afastar um pensamento ruim exerce, por vezes, o efeito contrário: faz com que ele ocorra ainda mais intensa e freqüentemente. É como diz o ditado: "quanto mais se pensa no diabo, mais ele aparece". Um paciente tinha muito medo (obsessões) de mosquitos. A primeira coisa que fazia ao chegar em casa era revisar o seu quarto (atrás da cama, dentro dos armários, atrás dos livros) à procura desses insetos. Chegou triunfante a uma sessão de terapia: "Matei 102 mosquitos ontem à noite." E comentou: "O curioso é que, na minha casa, só eu vejo mosquitos".

SOU OU NÃO SOU UM PORTADOR DO TOC?

Com a leitura deste primeiro capítulo você já pode ter uma idéia sobre a possibilidade de ser ou não um portador do TOC. Mas é possível que ainda tenha dúvidas. O Formulário 1 do Caderno de exercícios (p. 234) pode auxiliá-lo a esclarecer essas dúvidas. Responda às perguntas, fazendo um "x" no quadradinho ao lado daquelas com as quais se identifica. Caso você assinale positivamente pelo menos uma das afirmativas, é provável que seja um portador do TOC.

É importante lembrar que, para o diagnóstico definitivo, os sintomas devem consumir boa parte do seu tempo (mais de uma hora por dia), causar sofrimento acentuado e/ou interferir significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou nos seus relacionamentos sociais e, especialmente, familiares.



E AGORA, O QUE FAZER?

Se, depois de ler o capítulo e responder ao questionário, você ficou com dúvidas, procure um profissional para discutir com ele seus sintomas. Se você claramente se identificou com alguns dos sintomas descritos, e os seus sintomas são graves, causam muito sofrimento, interferem claramente na sua vida ou na dos seus familiares, ou se você ainda tiver dúvidas ou suspeitas sobre ser portador de outros transtornos, é altamente recomendável procurar a ajuda de um profissional. Ele pode confirmar ou descartar o diagnóstico, verificar se você é ou não portador de outros transtornos, avaliar os tratamentos já realizados, as razões para eventuais insucessos e indicar a melhor alternativa no momento.

Se os sintomas forem leves e não houver co-morbidades, ou seja, outros problemas concomitantes, ou se você não está convencido de que deve buscar ajuda ou ainda se não há ajuda disponível na localidade onde mora, você pode

tentar vencer o TOC com a ajuda deste manual, lendo os capítulos seguintes, especialmente os relacionados com os sintomas que você apresenta, e fazendo os exercícios práticos correspondentes no Caderno de exercícios. No Capítulo 2 você pode encontrar informações adicionais sobre o diagnóstico e sobre outros transtornos que têm sintomas parecidos com os do TOC.

RESUMO E DESTAQUES

- As manifestações do TOC são variadas: obsessões e compulsões, envolvendo uma grande diversidade de apresentações, além de evitações, indecisão, lentidão e hipervigilância.
- Os medos e os comportamentos repetitivos são as características mais marcantes do TOC.
- Obsessões são pensamentos ou impulsos involuntários ou impróprios que invadem a mente da pessoa de forma repetitiva e persistente. São acompanhadas de medo, angústia, desconforto ou desprazer, interferindo nas atividades diárias, nas relações interpessoais ou ocupando boa parte do tempo do indivíduo.
- Na maioria das vezes, as obsessões são acompanhadas por medos: de contaminação ou de contrair doenças; de cometer falhas; de não conseguir prevenir desgraças futuras; de ferir os outros ou a si mesmo; de cometer atos impróprios ou moralmente condenáveis; do que significa ter pensamentos impróprios de conteúdo agressivo, sexual, supersticioso ou de sentir nojo ao entrar em contato ou ao ter que tocar em certos objetos ou substâncias.
- Compulsões são comportamentos motores ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.
- As compulsões ou rituais, bem como as evitações, são realizados com a finalidade de neutralizar os medos que acompanham as obsessões, reduzindo ou eliminando as possíveis conseqüências desastrosas imaginadas, ou impedindo o contato com objetos e/ou situações que representem "perigo".
- As obsessões e compulsões mais comuns são: preocupação excessiva com sujeira ou contaminação e lavagens excessivas; dúvidas em função da necessidade de ter certeza e conseqüentes verificações; repetições como contar, tocar, olhar, bater de leve, confessar, estalar os dedos, raspar; preocupação com simetria, exatidão, ordem, seqüência e necessidade de alinhar; necessidade de armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar e dificuldade em descartar (colecionismo); preocupação excessiva com números especiais, cores de roupa, datas, horários e evitações; pensamentos, cenas ou impulsos de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, impróprios, seguidos de evitações ou de rituais para neutralizá-los.
- Para o diagnóstico clínico de TOC, além da presença de obsessões e/ou compulsões, os sintomas devem consumir boa parte do seu tempo (mais de uma hora por dia), causar sofrimento acentuado e/ou interferir significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico) ou nos relacionamentos sociais e familiares, além de não caracterizarem outros transtornos mentais.

Capítulo 2

O QUE É E O QUE NÃO É TOC

No presente capítulo vamos aprofundar um pouco mais a questão do diagnóstico do TOC: você irá conhecer os critérios exigidos para estabelecê-lo como tal. Conhecerá, ainda, outros quadros psiquiátricos com sintomas semelhantes, com os quais o TOC eventualmente é confundido e dos quais deve ser distinguido. Para finalizar, vamos conversar um pouco sobre transtornos psiquiátricos que costumam ocorrer nos portadores – as chamadas co-morbidades –, bem como sobre algumas condições que podem interferir ou contra-indicar a terapia cognitivo-comportamental. É importante identificá-las para um melhor planejamento do tratamento.

A partir da leitura do primeiro capítulo, é possível que você suspeite de que seus sintomas constituam manifestações do TOC ou, então, conclua definitivamente que esse não é o seu caso. Neste capítulo, apresentamos algumas informações adicionais para elucidar eventuais dúvidas que você possa ter tido ao ler o capítulo anterior, bem como descrevemos características de outros quadros psiquiátricos (nos quais também ocorrem obsessões ou compulsões) com os quais o TOC pode ser confundido e dos quais deve ser distinguido, pois o tratamento geralmente é diferente. Também é muito comum que, juntamente com o TOC, o indivíduo apresente outros problemas, como depressão, transtornos de ansiedade, tiques, transtornos da alimentação, entre outros, que podem dificultar tanto o uso de medicamentos como a terapia.

OBSESSÕES E COMPULSÕES NORMAIS

A presença de obsessões ou compulsões nem sempre significa que o indivíduo seja portador de TOC. Na população em geral, as pessoas apresentam obsessões e executam rituais de forma passageira. O indivíduo pode passar um bom tempo preocupado com uma prova ou um concurso que vai realizar na próxima semana; repassar inúmeras vezes a lista de coisas que deve levar na sua próxima viagem; sentir-se em dúvida em relação a comprar uma nova TV; pensar se o que falou para um grupo de amigos foi ou não adequado; se deixou lâmpada ou aparelho eletrodoméstico ligado ao sair de casa para o trabalho; ou se pode ter contraído HIV porque, ao transar com uma pessoa que conheceu recentemente, o preservativo rompeu. Para a maioria das pessoas, essas dúvidas provocam alguma aflição, pois refletem problemas reais do cotidiano, mas, em geral, são rapidamente esquecidas. Entretanto, quando elas são acompanhadas de grande aflição ou sofrimento, interferem na rotina diária ou tomam muito tempo da pessoa, podem, na verdade, constituir sintomas do TOC. Veja, a seguir, os critérios estabelecidos pela Associação Psiquiátrica Americana para o diagnóstico do TOC:[10]

O QUE NÃO É TOC: QUADROS CLÍNICOS QUE DEVEM SER DISTINGUIDOS DO TOC

Nem sempre o diagnóstico do TOC é simples ou está claro. Há uma diversidade de quadros clínicos com os quais ele é confundido. Compulsões e obsessões, assim como comportamentos evitativos, ocorrem em vários transtornos psiquiátricos que devem ser distinguidos do TOC, pois os tratamentos podem ser bastante distintos, como comentamos. Além disso, muitas vezes a pessoa pode ser portadora de mais de um transtorno ao mesmo tempo (co-morbidades), o que tem implicações importantes para o plano geral de tratamento. Vejamos alguns quadros psiquiátricos com os quais o TOC pode ser confundido.

Critérios diagnósticos do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª edição (DSM-IV-TR)[10]

A) Presença de obsessões ou compulsões.
   As obsessões são definidas conforme 1, 2, 3 e 4:

   1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou desconforto.
   2. Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.
   3. A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.
   4. A pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua mente e não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos.

   As 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 a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
   2. Comportamentos ou atos mentais que visam a prevenir ou a reduzir o desconforto ou buscam evitar algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm conexão realística com o que buscam neutralizar ou evitar e são claramente excessivos.

B) Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que suas obsessões ou compulsões são excessivas e irracionais. Isso não se aplica a crianças.
C) As obsessões ou compulsões causam sofrimento acentuado, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico) e em atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.
D) Se outro transtorno do eixo 1 estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (p. ex., preocupação com alimentos na presença de um transtorno da alimentação; arrancar cabelos na presença de tricotilomania; preocupação com aparência na presença de um transtorno dismórfico corporal; preocupação com drogas na presença de um transtorno por uso de substância; preocupação com doenças graves na presença de hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma parafilia; ruminações de culpa na presença de um transtorno depressivo maior).
E) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou condição médica geral.

Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva

Um problema freqüentemente confundido com o TOC é o chamado transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC). Esse transtorno ocorre em 24,7% dos portadores de TOC.[6] Os indivíduos que apresentam esse transtorno caracterizam-se por serem perfeccionistas, detalhistas, meticulosos, exigentes e rígidos em questões de moral, tanto consigo mesmos como com os outros, excessivamente preocupados com pontualidade, ordem, organização e em não cometer falhas. Caracterizam-se, ainda, pelo excessivo devotamento ao trabalho e aos deveres, por serem emocionalmente contidos, controladores, centralizadores das decisões (só eles sabem fazer bem feito) e obstinados, tendo dificuldade em aceitar opiniões divergentes das suas. Apresentam dificuldade em desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental – aspecto comum ao TOC (colecionismo). Tendem a ser avarentos e pouco generosos.

Esses pacientes sofrem quando suas opiniões e atitudes são contrariadas em função das circunstâncias (p. ex., chegar atrasado a um evento, deixar de cumprir um compromisso, cometer uma falha ou ouvir uma crítica tornam-se incidentes causadores de grande sofrimento). Fora dessas situações, consideram essa maneira de ser correta e não sofrem com ela (egossintônicos). Não apresentam obsessões ou desconforto associado, nem são compelidos a realizar rituais. Entretanto, por serem perfeccionistas e muito exigentes, necessitam repetir tarefas (o que lembra um ritual), demoram a completá-las, podendo, eventualmente, ser caracterizados como compulsivos. Têm em comum com o TOC o perfeccionismo, a dúvida, a indecisão, a tendência a armazenar objetos inúteis e, eventualmente, a repetição de tarefas para evitar falhas, mas não apresentam obsessões que são neutralizadas

com a realização de rituais e nem evitações em razão de medos. É importante salientar que alguns desses traços podem ser úteis, mas, quando exagerados a ponto de interferirem nas relações interpessoais, configuram transtorno da personalidade.

Hipocondria

A hipocondria é um transtorno caracterizado pela preocupação ou pelo medo persistente de ser portador de doença grave, com base na interpretação errônea de um ou mais sintomas físicos. Os hipocondríacos não se tranqüilizam mesmo depois de ter realizado repetidas avaliações nas quais não foi identificada doença alguma; as preocupações persistem apesar das garantias médicas de que nada de grave existe. São conhecidos popularmente como pessoas com "mania de doença" e, nos serviços médicos, chamam a atenção pela sua insistência em repetir exames e avaliações.

A semelhança de alguns sintomas da hipocondria com os do TOC (particularmente pensamentos persistentes, dúvidas e ruminações sobre a possibilidade de ter uma doença grave, hipervigilância, repetições de exames e de avaliações médicas e busca de reasseguramentos) chamou a atenção para a possível relação entre os dois transtornos. Esses fatos levaram alguns autores a incluí-la no chamado espectro obsessivo-compulsivo, ao lado de outras condições, como o transtorno dismórfico corporal e a anorexia nervosa.[11] Além de certa semelhança no quadro clínico, o fato de a hipocondria apresentar alguma resposta aos mesmos medicamentos utilizados no TOC e, em especial, à terapia cognitivo-comportamental, constitui argumento a favor desse parentesco.

Crenças distorcidas (como exagerar o risco e necessidade de ter certeza) e erros cognitivos (como pensamentos catastróficos) comuns no TOC são também facilmente identificados nos hipocondríacos. Uma metanálise recente concluiu que a terapia cognitiva, a terapia comportamental, a terapia cognitivo-comportamental e o manejo comportamental de estresse são abordagens efetivas em reduzir os sintomas da hipocondria, embora o pequeno número de pacientes que participaram das pesquisas não tenha permitido fazer comparações entre os diferentes métodos. [12-15]

Transtorno dismórfico corporal

Um transtorno facilmente confundido com o TOC é o transtorno dismórfico corporal (TDC), conhecido popularmente como "feiúra imaginária". Esse transtorno ocorre em 3% dos portadores do TOC[6] e sua característica principal é a preocupação excessiva com um defeito imaginário ou com um pequeno defeito na aparência. Essas preocupações, que lembram muito as obsessões ou as ruminações do TOC, incluem diversos defeitos imaginários no rosto ou na cabeça, na pele, na quantidade de cabelos, no formato do rosto ou nos traços faciais. As queixas mais comuns são em relação ao rosto, às orelhas e aos genitais, mas também são freqüentes em relação ao nariz, aos cabelos, a pintas ou à quantidade de pêlos do tórax ou das costas.

O TDC pode ser confundido com o TOC em razão das preocupações persistentes (pensamentos intrusivos), verificações (diante do espelho) e busca de reasseguramentos, comuns no quadro. Como os sintomas de ansiedade surgem sobretudo em situações de exposição pública, os indivíduos evitam situações em que tenham que se expor publicamente, como em praias, piscinas e chuveiros públicos. Aparentemente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a abordagem mais eficaz.[16] Parecem também ser eficazes medicamentos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como a clomipramina e a fluoxetina.[16-19]

Tiques e transtorno de Tourette (TT)

Os tiques e transtorno de Tourette (TT) são doenças neurológicas que se manifestam sob a forma de movimentos involuntários anormais. Tiques são vocalizações ou movimentos motores súbitos, rápidos, recorrentes, estereotipados e não-rítmicos, em resposta a sensações subjetivas de desconforto. O transtorno de Tourette é um transtorno neurológico que se caracteriza por movimentos involuntários do corpo (tiques) e vocalizações (tiques vocais) ao mesmo tempo. 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 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. É comum a presença de tiques em portadores do TOC, assim como são comuns sintomas obsessivo-compulsivos (TOC) em pacientes portadores de tiques. Uma pesquisa verificou que 14% dos portadores de TOC apresentaram tiques ao longo da vida.[6]

É importante distinguir os tiques dos rituais repetitivos do TOC porque os tratamentos são diferentes. Muitas vezes, é difícil distinguir tiques motores mais complexos de verdadeiras compulsões, como, por exemplo, emitir um som, soprar, dizer um palavrão, mas essa distinção é importante. Uma dica é a seguinte: ao contrário dos rituais do TOC, que são atos voluntários e realizados com a finalidade de diminuir (neutralizar) um desconforto associado a uma obsessão, uma tensão física (fenômeno sensorial) ou prevenir um acontecimento indesejado ou um desastre, os tiques são movimentos rápidos, involuntários, não-planejados, nem sempre previsíveis, e não são realizados com um propósito específico. Os tiques ou o TT não respondem à TCC, mas respondem ao uso de medicamentos como haloperidol, pimozida, risperidona ou clonidina.[20] Eventualmente, pode-se obter algum benefício de uma modalidade terapêutica denominada reversão de hábitos.[21-23]

No TT há envolvimento dos gânglios basais, como no TOC. Um estudo observou uma redução no volume do núcleo caudado em portadores desse transtorno. Quando, além do TT, o paciente apresentava TOC, havia uma alteração adicional – a redução no volume do núcleo lenticular.[24]

Transtorno do controle dos impulsos

Essa categoria diagnóstica reúne um grande grupo de transtornos que tem como característica principal a dificuldade do indivíduo em resistir a um impulso ou à tentação de executar um ato perigoso para si próprio ou para terceiros. Geralmente o ato é precedido por uma crescente tensão, excitação, gratificação, prazer ou alívio ao cometê-lo, podendo ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa.[10] Entre outros quadros, estão incluídos a compulsão por roubar (cleptomania), a tricotilomania, o jogo patológico e uma variedade de quadros que incluem a compulsão por compras, por beliscar-se, ferir-se, infligir-se lesões (coçar-se, morder os lábios ou as cutículas, coçar o globo ocular ou tentar arrancá-lo, coçar uma berruga ou tentar arrancá-la, arranhar-se, roer unhas, etc.).

Os pacientes com tal condição muitas vezes cobrem o corpo para esconder lesões que podem inflamar e até infeccionar. Vejamos alguns desses quadros que, eventualmente, podem ser confundidos com o TOC, pois podem ocorrer em 15% dos portadores ao longo da vida.[6]

Tricotilomania

Tricotilomania é o comportamento recorrente de arrancar cabelos, resultando em perda capilar perceptível. Tal impulso 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, imediatamente antes de arrancar o cabelo, seguida da sensação de prazer, satisfação ou alívio.[10] 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 pêlos das regiões pubiana, retal ou axilar. Os portadores do transtorno podem, ainda, tentar arrancar os cabelos de outras pessoas; pêlos 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 cabelos (tricofagia).

Uma modalidade de terapia comportamental denominada reversão de hábitos parece ser o tratamento mais eficaz. A eficácia do tratamento medicamentoso não está bem-estabelecida. Vários

medicamentos têm sido utilizados, como a paroxetina, a clomipramina,[25,26] a venlafaxina, o topiramato e a olanzapina. Eventualmente melhores resultados são obtidos com a associação entre a referida terapia e medicamentos como a sertralina.[27]

Compras compulsivas, jogo patológico, sexo compulsivo

Esses problemas podem ser confundidos com o TOC na medida em que seus portadores 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 geralmente prejudicial a si próprios, mesmo afirmando que não querem praticá-lo.

A distinção entre esses problemas e o TOC reside no fato de a pessoa obter prazer com tais comportamentos, que podem envolver um grau maior ou menor de risco, mesmo que, posteriormente, venha a se arrepender. Além disso, não há, no momento da execução, preocupação maior com o prejuízo que possa resultar do ato praticado. Já as compulsões do TOC não produzem prazer, e sim alívio da aflição associada a uma obsessão. Por sua vez, no TOC, os pacientes têm medo de fazer coisas que possam lhes trazer prejuízo ou prejudicar outras pessoas. Embora a terapia cognitivo-comportamental possa ser útil nesses transtornos, as técnicas utilizadas são distintas, e sua efetividade no tratamento dessas condições ainda não está bem-estabelecida.

Abuso de álcool ou drogas

Um estudo recente verificou que 25,6% dos portadores do TOC apresentam consumo abusivo de álcool ou de drogas ao longo da vida.[6] Pessoas dependentes de drogas ou álcool estão permanentemente pensando na droga ou na bebida: em como obtê-la, quando será a próxima ocasião para usá-la, nos amigos que a utilizam, em ir aos locais onde possam encontrar esses amigos – o que não deixa de ser uma obsessão. Ao passar próximo a determinados locais ou ao encontrar outros usuários, sentem o irresistível impulso de usar a droga (ou a bebida), o que não deixa de ser uma compulsão. Enfim, a droga ou o álcool tomam um grande espaço em seus pensamentos e comportamentos, acrescentando-se ainda a dependência química, que provoca quadros de abstinência, caso o álcool ou a droga sejam interrompidos. Essas semelhanças podem ser confundidas com os sintomas do TOC. Entretanto, ocorrem na vigência de outros transtornos, o que faz a diferença.

Transtornos da alimentação: anorexia nervosa, comer compulsivo e bulimia nervosa

Os transtornos da alimentação, como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o comer compulsivo, são comuns no TOC. Ocorrem em 10,2% dos portadores ao longo da vida e podem ser confundidos com o TOC.[6] Nessas condições, a comida, o peso, as calorias e a imagem corporal viram obsessões, pois boa parte do tempo do paciente é ocupada com pensamentos relacionados a esses temas, além de a pessoa ter uma percepção errada de sua imagem corporal e do seu peso. Mesmo magérrimos, consideram-se obesos ou, no mínimo, com sobrepeso. Na *anorexia nervosa*, além da preocupação constante em fazer dieta e perder peso, são comuns rituais como organizar a comida na despensa, calcular calorias todo o tempo e fazer exercícios compulsivamente para perder peso. Na *bulimia nervosa* são comuns episódios em que o paciente, em situações de ansiedade, ingere grandes quantidades de comida em curto espaço de tempo, seguidos da indução de vômitos ou do uso de laxantes. Rituais como apalpar-se, pesar-se ou olhar-se no espelho inúmeras vezes são freqüentes em ambos os quadros e não deixam de ser checagens. Também é comum um mesmo paciente apresentar, ao mesmo tempo, os dois transtornos: TOC e transtornos da alimentação (co-morbidade).

Transtornos de ansiedade

Dentre os transtornos mentais que ocorrem junto com o TOC, os mais comuns são os transtornos de ansiedade. Um estudo verificou que 52,6% dos portadores de TOC apresentaram algum desses trans-

tornos ao longo da vida, e 38% apresentavam por ocasião da pesquisa. Os mais comuns foram: fobia social (27,6% ao longo da vida e 18,8% por ocasião da pesquisa); fobias específicas (18,1% e 14,7%); transtorno do pânico (18,4% e 7,2%); ansiedade generalizada (7,5% tanto ao longo da vida como no momento da pesquisa).[6] Dois desses transtornos eventualmente podem ter mais possibilidades de serem confundidos com o TOC: o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas.

Transtorno de ansiedade generalizada

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) caracteriza-se pela presença quase constante de ansiedade, manifestada por medos, preocupação excessiva, apreensão e tensão psicológicas. Na maior parte do tempo, o paciente está apreensivo, com medo de que algo ruim possa acontecer com sua saúde, suas finanças, seu bem-estar ou com a integridade física dos seus filhos ou dos demais membros da família, em situações que provocariam ansiedade leve nas demais pessoas. Em razão dessas preocupações, tais pacientes têm a necessidade de certificar-se repetidamente de que tudo está bem, comportamento que lembra as verificações do TOC.

Fobias específicas

Fobias específicas são transtornos muitos comuns e caracterizam-se por medos excessivos e irracionais de situações, animais, objetos ou locais que, embora não sejam perigosos, são evitados sistematicamente. O contato súbito com tais objetos ou situações pode desencadear um ataque de pânico.

São comuns os medos de insetos, pequenos animais, alturas ou lugares fechados. Pessoas fóbicas a pequenos animais ou a insetos (ratos, baratas, mosquitos, lagartixas, aranhas, pássaros, cães, gatos) podem estar permanentemente vigilantes para não se defrontarem com o objeto de sua fobia e desenvolverem uma crise de ansiedade. No TOC, é comum a evitação em função do medo de contaminação. Embora os quadros citados tenham semelhanças com o TOC, em razão das evitações, seus pacientes não apresentam sintomas de ansiedade, a não ser quando entram em contato ou quando antecipam que irão entrar em contato com objetos ou situações relacionados à sua fobia. Nas fobias, não existem rituais e predominam as evitações, para as quais o tratamento mais efetivo é a exposição ao vivo, como no TOC.

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PODEM DIFICULTAR A REALIZAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A maioria dos pacientes com TOC não apresenta muitas dificuldades para realizar os exercícios comumente propostos na TCC, desde que as tarefas programadas sejam graduais e provoquem um grau de ansiedade que eles considerem que sejam capazes de suportar. Entretanto, pessoas mais frágeis psicologicamente, que apresentam dificuldades em tolerar frustrações, que têm dificuldade de autocontrole, que são portadoras de um outro transtorno que interfere na sua motivação ou que apresentam baixa tolerância à ansiedade ou baixa capacidade de se organizar e ser persistentes para realizar de forma sistemática as tarefas e exercícios que serão solicitados podem enfrentar problemas.

Mencionaremos a seguir alguns transtornos psiquiátricos que, com alguma freqüência, ocorrem juntamente com o TOC (co-morbidades) e podem interferir na realização da terapia cognitivo-comportamental ou no tratamento medicamentoso. Quando presentes, obrigam o médico ou o terapeuta a modificar o planejamento do tratamento.

Depressão moderada ou intensa

É muito comum a depressão ocorrer juntamente com o TOC. Um estudo mostrou que 67,2% dos pacientes tiveram depressão maior (grave) ao longo da vida, e 44% apresentavam na época da pes-

quisa.[6] A depressão pode apresentar-se como conseqüência da própria doença ou como um transtorno independente.

Se, além de obsessões e compulsões do TOC, você vem apresentando choro fácil, desânimo, fadiga, tristeza, vontade de morrer, perda de interesse em tudo aquilo que antes lhe dava prazer, perda de apetite e de peso, fadiga ou perda de energia, insônia, diminuição do interesse sexual e uma visão muito negativa de si mesmo e do futuro, e esses sintomas duram, pelo menos, duas semanas, é provável que esteja deprimido.

Em geral, as pessoas com esses sintomas não têm ânimo e energia suficientes para se empenhar nas tarefas que lhes são solicitadas na terapia cognitivo-comportamental. Muitas vezes, estão descrentes de que possam melhorar e não se sentem motivadas para iniciar a terapia. O mais racional é tratar, primeiramente, a depressão, o que implica utilizar algum medicamento, de preferência antidepressivos que também aliviem os sintomas OC, e iniciar a terapia quando o paciente estiver se sentindo melhor.

Convicção muito intensa e arraigada sobre as idéias obsessivas

Muitos portadores do TOC têm uma convicção muito intensa e muito arraigada de que sua forma de pensar (sobre riscos, por exemplo) e os rituais que fazem como forma de se livrar da ansiedade estão corretos, mesmo que, à sua volta, a maioria das pessoas proceda de forma diferente.

As pesquisas têm mostrado que ter um bom juízo crítico (*insight)* sobre os sintomas, isto é, reconhecer as obsessões e os rituais como sendo manifestações de uma doença, está fortemente relacionado com bons resultados na terapia.

Felizmente, a maioria dos pacientes, apesar de suas convicções e da intensidade dos seus medos, tem, ao menos, alguma dúvida sobre elas. Em geral, eles percebem que essas convicções são exageradas e sem fundamento, o que já é meio caminho andado. Outros, embora tenham idéias muito arraigadas, eventualmente se rendem às evidências que são contrárias a tais crenças, o que costuma ser mais fácil quando a terapia é realizada em grupo, pois há pacientes que pensam de maneira diferente. Por outro lado, se a pessoa não admite, de forma alguma, revisar ou testar na prática suas convicções e suas crenças, dificilmente aceitará realizar os exercícios da terapia.

Sintomas OC muito graves

As pesquisas têm mostrado que, quando os sintomas são muito graves, os pacientes apresentam dificuldades em realizar as tarefas de exposição e prevenção de rituais, e que serão descritas em detalhe nos próximos capítulos. Nesses casos, recomenda-se que o tratamento seja iniciado com medicamentos antiobsessivos, eventualmente em ambiente hospitalar, e que a terapia seja introduzida de forma gradual, no nível em que o paciente se sinta capaz. As tarefas devem ser realizadas por meio de acompanhamento de profissional – o próprio terapeuta ou de um atendente.

Ansiedade muito intensa

Também é muito comum que pacientes com TOC tenham transtornos de ansiedade. Entre eles estão os transtornos de ansiedade generalizada (preocupação excessiva permanente, apreensão, medos e tensão muscular constantes), de pânico (crises súbitas de ansiedade, com sintomas físicos acompanhados de muitos medos e de comportamentos evitativos), fobias (medos irracionais de animais, objetos ou situações que não oferecem qualquer perigo) e hipocondria (medo exagerado de doenças, convicção de ser portador de enfermidade grave ou preocupação exagerada com a saúde). Alguns desses transtornos foram comentados anteriormente, em virtude da facilidade de serem confundidos com o TOC. Em todas essas condições, é comum a presença de níveis elevados de ansiedade. Portanto, é possível que os pacientes não tolerem um aumento adicional no início do tratamento, necessitando do uso associado de medicamentos ansiolíticos.

Psicoses

A psicose é um transtorno mental grave que se caracteriza pela perda de contato com a realidade e que exige, freqüentemente, a hospitalização. Há presença de alucinações (ver coisas que não existem, ouvir vozes) ou de delírios (convicções sem base na realidade).

Uma das psicoses mais conhecidas é a esquizofrenia, condição grave e muito incapacitante. As psicoses também podem ser provocadas pelo uso de certas substâncias (drogas de abuso). Eventualmente, podem ser causadas por reações adversas a medicamentos ou por doenças cerebrais. Em função do grau de comprometimento mental que tais transtornos acarretam aos pacientes com sintomas OC concomitantes, as dificuldades em organizar e levar adiante as tarefas e em estabelecer um vínculo com o terapeuta e uma relação de trabalho são muito grandes. Há, ainda, a possibilidade de recaídas durante o tratamento e a necessidade do uso adicional de antipsicóticos.

Transtorno bipolar

Este transtorno consiste em alterações intensas do humor, nas quais se alternam períodos de euforia, irritabilidade, inquietude, insônia e aceleração do pensamento e períodos de desânimo, diminuição da atividade, tristeza e vontade de morrer. Em alguns casos, os dois tipos de alteração aparecem ao mesmo tempo. Em geral, os portadores do transtorno bipolar têm pouca tolerância a contrariedades, são impacientes, irritadiços e, por esse motivo, podem ter dificuldades em realizar as tarefas programadas na terapia cognitivo-comportamental. Muitas vezes, deve-se recorrer à hospitalização para o controle medicamentoso dos sintomas (com os chamados "estabilizadores do humor"). Para iniciar a terapia de exposição e de prevenção de rituais, é fundamental que os sintomas do transtorno bipolar estejam controlados com medicamentos apropriados. Nesse caso, deve-se ficar atento para eventuais recaídas, pois os medicamentos utilizados no tratamento do TOC são contra-indicados em razão de poderem provocar o reaparecimento dos sintomas do transtorno do humor – a chamada "virada maníaca". Há casos, inclusive, em que os medicamentos do TOC não podem ser utilizados.

Transtorno da personalidade esquizotípica

Os portadores desse transtorno são pessoas excêntricas, com tendência a retrair-se socialmente e a ter poucos amigos. Apresentam dificuldade em expressar o que sentem, crenças estranhas (eventualmente), interesse por religiões exóticas ou ruminações obsessivas sobre temas sexuais e/ou agressivos ou sobre aspectos do próprio corpo, as quais podem ser confundidas com verdadeiras obsessões. Podem, ainda, ser desconfiados, apresentar idéias supervalorizadas de perseguição e, por períodos curtos de tempo, ter alucinações auditivas (ouvir vozes).

Esses sintomas não diminuem com a terapia cognitivo-comportamental. Esses pacientes têm dificuldade em estabelecer um vínculo com o terapeuta e necessitam de medicamentos do grupo dos antipsicóticos. Um estudo mostrou que pacientes com essas características têm um alto índice de fracasso no tratamento.[28]

Transtorno da personalidade *borderline*

Pacientes portadores desse transtorno apresentam uma maneira de ser caracterizada por impulsividade, baixa tolerância à frustração e teatralidade. Muitos apresentam grandes oscilações no humor, tentativas de suicídio, descontrole nas finanças, instabilidade em relacionamentos, nas amizades e no trabalho. Geralmente seus vínculos afetivos são marcados por grande instabilidade, devido aos conflitos constantes. Sua vida, muitas vezes, é desorganizada ou até caótica.

Um dos maiores empecilhos para a terapia ou até mesmo para o tratamento medicamentoso é a dificuldade de manter o vínculo com o terapeuta, além da baixa tolerância à frustração e da impulsividade. Pacientes com essas características dificilmente levam adiante as tarefas da terapia, raras vezes conseguem tolerar a ansiedade delas decorrente e são pouco persistentes. Nesses casos, a terapia cognitivo-comportamental é, em princípio, contra-indicada, pois o fracasso é quase inevitável.

RESUMO E DESTAQUES

- Vários transtornos psiquiátricos apresentam sintomas semelhantes aos do TOC, como obsessões e compulsões.
- Alguns desses transtornos estão incluídos dentro do chamado espectro obsessivo-compulsivo: a hipocondria, o transtorno dismórfico corporal, a tricotilomania, o jogo patológico, o comprar compulsivo e os transtornos da alimentação, especialmente a bulimia e a compulsão alimentar periódica.
- O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) tem algumas semelhanças com o TOC e, no passado, era considerado um grau mais leve da mesma doença. Atualmente, o TPOC e o TOC são considerados transtornos distintos, tanto no que se refere ao quadro clínico e à neuroquímica quanto em relação à resposta aos tratamentos.
- É muito comum no TOC a ocorrência de co-morbidades, como a depressão, as fobias, a ansiedade generalizada, a ansiedade social e o pânico. Quando muito intensos, tais quadros podem interferir na capacidade do paciente de realizar as tarefas de exposição e prevenção de respostas (EPR).
- Outras co-morbidades, como psicoses, transtorno bipolar (durante uma cri se aguda), transtorno da personalidade esquizotípica ou *borderline*, podem comprometer a eficácia da TCC.
- Pacientes com convicções muito intensas e arraigadas sobre seus sintomas, com falta de crítica ou com sintomas OC muito intensos têm dificuldade em aceitar a TCC.

Capítulo 3

AS PROVÁVEIS CAUSAS DO TOC: FATORES CEREBRAIS OU NEUROBIOLÓGICOS

O TOC é um transtorno heterogêneo, com apresentações clínicas diversas. Discute-se, inclusive, se o TOC é uma única doença ou um grupo de doenças. Embora ainda não se saiba exatamente quais são as suas causas ou o que provoca o aparecimento dos sintomas, tem-se avançado bastante no esclarecimento dessas questões. Fatores neurobiológicos e psicológicos têm sido apontados como influenciadores do aparecimento e da manutenção dos sintomas. Neste capítulo, abordaremos as evidências que sugerem um papel importante dos fatores neurobiológicos no TOC.

Uma das perguntas mais freqüentes que os portadores do TOC fazem é: qual a causa desse transtorno? Infelizmente, na maioria das vezes, temos que responder que, na verdade, não sabemos exatamente qual é a causa (ou as causas). Até há bem pouco tempo, acreditava-se, a partir das teorias de Freud, que as obsessões e as compulsões eram manifestações de problemas psicológicos inconscientes, conseqüências do chamado "determinismo psíquico", que obrigaria as pessoas a repetirem ao longo da vida padrões mal-adaptativos de conduta, em razão de conflitos não-resolvidos nos primeiros anos de vida, e que conseguir compreender e resolver tais conflitos era o caminho para a cura dos sintomas. Freud tratou um paciente portador de TOC, e descreveu esse tratamento em um relato bastante conhecido denominado "O Homem dos Ratos". Além de fazer uma descrição muito detalhada e precisa dos sintomas do TOC, que é válida até hoje, Freud propôs uma explicação para a sua origem: seriam manifestações de conflitos inconscientes não-resolvidos, ocorridos nos primeiros anos do desenvolvimento psicológico – mais precisamente, na chamada fase anal do desenvolvimento psicossexual –, que se expressariam sob a forma de sintomas OC na idade adulta. Esses conflitos estariam relacionados ao treinamento e à aquisição do controle dos esfíncteres e ao manejo de impulsos agressivos. Na época de Freud, final do século XIX e início do século XX, os pais eram muito rígidos e, por não terem uma noção do amadurecimento neurológico, iniciavam esse treinamento muito cedo, quando a criança ainda não tinha condições de ter tal controle. De acordo com Freud, impulsos contraditórios de reter ou expelir, dar ou guardar, sentimentos ambivalentes de amor e de ódio, necessidade de controle ou submissão seriam alguns dos conflitos típicos da fase. Terapias embasadas nesse ponto de vista, como a terapia de orientação analítica ou a psicanálise, procuravam remover os sintomas tratando esses conflitos. Na prática, não ficou confirmada a relação dos sintomas OC com conflitos inconscientes ocorridos na infância, e nem as terapias baseadas nessa teoria se revelaram eficazes para removê-los. Na atualidade, tal teoria não mais se sustenta por falta de evidências.

Esse enfoque foi modificado radicalmente. De um lado, fortes evidências vêm se acumulando e apontam para fatores biológicos, especificamente fatores de ordem cerebral, incluindo a predisposição genética como tendo uma grande importância no TOC. De outro lado, tem sido evidenciado que fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas e crenças distorcidas (fatores cognitivo-comportamentais), teriam um importante papel no aparecimento e na manutenção dos sintomas do TOC. Mais recentemente, a assim chamada ciência neurocognitiva tem investigado "processos cognitivos" como a percepção e a avaliação do risco, a capacidade ou não de lidar com situações de incerteza e de tomar decisões, de planejar, procurando esclarecer se existem ou não diferenças entre portadores do TOC em tais processos, quando comparados a não-portadores. Os estudos têm se revelado bastante promissores e estão ampliando a nossa compreensão dos processos cognitivos e cerebrais (neurofisiologia) envolvidos no transtorno. No presente capítulo e no próximo, vamos examinar um pouco mais detalhadamente o que se sabe sobre as causas do TOC, ou melhor, os fatores

que contribuem para o aparecimento dos sintomas e sua manutenção. Vamos descrever também as diferentes teorias ou modelos propostos e conhecer os principais argumentos a favor desses modelos, bem como suas limitações.

A DIVERSIDADE DE APRESENTAÇÕES DO TOC

Uma primeira dificuldade ao se tentar identificar as causas é lidar com a enorme heterogeneidade de apresentações do TOC. Suas manifestações podem ser muito diversas: lavar excessivamente as mãos; fazer verificações de portas, fogão ou eletrodomésticos; juntar objetos sem utilidade; ter a necessidade de alinhar as coisas ou ter a mente invadida por pensamentos impróprios. O TOC, assim como pode ser de intensidade leve e responder rapidamente à terapia ou aos medicamentos, pode também ser extremamente grave, refratário a todas as modalidades de tratamento e, não raro, incapacitante. Os sintomas, em certos indivíduos, são leves e quase não interferem em seu cotidiano, mas, em outros, são extremamente graves e até incapacitantes. Muitas vezes, os sintomas iniciam muito cedo, ainda nos primeiros anos da infância, enquanto, em outras, seu início é tardio. Seu curso pode ser constituído por um único episódio, mas, na maioria das vezes, é crônico, podendo acompanhar o indivíduo por toda a vida, com flutuações na intensidade dos sintomas. Foi constatado, ainda, que alguns pacientes respondem rapidamente ao tratamento, tanto medicamentoso como psicoterápico. Alguns pacientes com TOC grave podem, às vezes, ficar livres dos sintomas por completo em poucas sessões de terapia ou em algumas semanas de uso de antiobsessivos, e dificilmente recaem, ao passo que outros não apresentam melhora, mesmo com a associação de diversos métodos de tratamento. Essas diferenças, até o presente momento, são questões em aberto, e por isso existe a discussão sobre se todas essas apresentações são de um único transtorno ou de um grupo de transtornos distintos. As pesquisas têm tentado responder a essa questão.

Tipos de sintomas ou dimensões do TOC

Leckman e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de identificar subgrupos mais homogêneos dentro da grande diversidade de apresentações.[29] A hipótese era de que essas diferentes apresentações, grupos de sintomas ou dimensões do TOC pudessem corresponder a diferentes alterações neurofisiológicas, etiologias, curso e resposta terapêutica, e, portanto, serem de fato distintas entre si em vários aspectos. Os pesquisadores identificaram quatro grupos distintos (ou dimensões) de sintomas: obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou somático e verificações; obsessão por simetria e compulsão por arranjos ou alinhamentos; obsessão por limpeza e lavagens; e obsessões e compulsões por armazenar ou guardar.

Pesquisas posteriores, embora ainda em pequeno número, têm confirmado a existência desses quatro grupos distintos. Uma pesquisa recente com 104 pacientes tratados verificou, por exemplo, que os pacientes que apresentavam colecionismo foram os que menos se beneficiaram com a TCC, assim como os que apresentavam obsessões de conteúdo religioso.[30] De um modo geral, os portadores de obsessões e rituais de limpeza, bem como os verificadores, são os que mais se beneficiam com a TCC.[31] Um outro estudo recente observou, por meio de imagens de ressonância magnética, a ativação de diferentes regiões cerebrais em portadores de TOC enquanto eram expostos a blocos de imagens ou a cenários imaginários com conteúdo emocional aversivo e provocativo de lavagens, verificações ou colecionismo, comparada à ativação provocada por cenários neutros. Os pesquisadores observaram que distintos componentes do circuito córtico-estriado-tálamo-cortical eram ativados pelos diferentes grupos de sintomas quando os pacientes eram expostos às referidas situações, o que não ocorria quando eram expostos a estímulos neutros.[32] Como veremos mais adiante, esse circuito, com freqüência, está mais ativo em portadores do TOC. Em resumo: as pesquisas vêm acumulando evidências a favor da hipótese de o TOC ser um transtorno heterogêneo.

OS FATORES NEUROBIOLÓGICOS

Pesquisas têm evidenciado com freqüência que o cérebro dos portadores do TOC apresenta algumas diferenças quando comparado ao cérebro de não-portadores, especialmente no seu funcionamento. Embora controversas, também têm sido evidenciadas alterações anatômicas, o que vem fortalecendo a hipótese de o TOC ser uma doença neuropsiquiátrica. Dentre essas evidências, destacam-se a redução dos sintomas OC com uso de medicamentos, os estudos de neuroimagem e os estudos de imagens do cérebro em funcionamento, em que são identificadas áreas cerebrais hiperativas nos portadores, assim como alterações anatômicas e neuroquímicas. Pesquisas genéticas levaram os pesquisadores e os clínicos a uma nova forma de encarar o transtorno e possibilitaram, inclusive, a proposta de um modelo neurobiológico para os sintomas OC. A seguir, vamos examinar cada uma dessas evidências.

Medicamentos reduzem a intensidade dos sintomas do TOC

Uma das primeiras e talvez uma das mais fortes evidências a favor da teoria neurobiológica do TOC e da hipótese de que exista alguma anormalidade neuroquímica no cérebro dos portadores desse transtorno foi a descoberta de que certos medicamentos reduzem os sintomas OC. Esse efeito é observado quando são utilizados medicamentos que elevam os níveis de uma substância chamada serotonina na sinapse nervosa – o espaço existente entre um neurônio e outro. A serotonina é uma substância produzida pelo próprio cérebro e desempenha importante papel na transmissão de impulsos nervosos entre os neurônios, especialmente em determinadas regiões do cérebro. Com a inibição da sua recaptação pelas células nervosas, em decorrência do uso de medicamentos que têm esse efeito, seus níveis se elevam nas sinapses, favorecendo a transmissão dos impulsos nervosos. Os medicamentos com essa característica pertencem ao grupo dos antidepressivos e são chamados de "inibidores da recaptação da serotonina" (IRSs), como, por exemplo, a clomipramina. Existe, ainda, um subgrupo dessa classe de medicamentos, de lançamento mais recente: "os inibidores seletivos da recaptação de serotonina" (IRSs), como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram, o escitalopram e a fluvoxamina, os quais são melhor tolerados que a clomipramina. No Capítulo 19, ao final do livro, apresentaremos mais informações sobre esses medicamentos e sua utilização no tratamento dos sintomas do TOC.

A constatação do efeito antiobsessivo de tais medicamentos fez os pesquisadores suspeitarem de que pudesse existir alguma relação entre os sintomas do TOC e algum tipo de disfunção neuroquímica nas vias cerebrais que utilizam a serotonina (vias serotonérgicas) e, por essa razão, a serotonina poderia estar envolvida no surgimento dos sintomas. É importante lembrar que existem outros neurotransmissores no cérebro, como a dopamina, a noradrenalina e a acetilcolina, mas os medicamentos que elevam seus níveis ou que não exercem o efeito de bloquear a recaptação da serotonina aparentemente não reduzem os sintomas do TOC. Embora tenham sido realizadas muitas pesquisas para esclarecer a relação entre a serotonina e o TOC, essa é uma questão ainda obscura para os cientistas. Contudo, os medicamentos que elevam seus níveis continuam sendo largamente usados no tratamento do transtorno.

Hiperatividade no córtex frontal e nos gânglios basais em portadores do TOC

Recentemente foram desenvolvidos métodos que possibilitam, mediante o uso de computador, visualizar o cérebro em funcionamento. Com essas novas tecnologias, foi possível identificar regiões do cérebro que são mais ativas nos portadores de TOC (Figura 3.1). Esses exames são a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a ressonância magnética funcional (RMF).

Tais ferramentas permitiram a constatação de um aumento da atividade cerebral em certas regiões do cérebro de portadores de TOC quando comparadas às mesmas regiões em não-portadores: no córtex frontal, a parte mais frontal do cérebro, especialmente nas regiões próximas às órbitas oculares (*córtex frontal periorbital*), e em regiões mais profundas do cérebro, próximas à base, nos chamados *gânglios basais*, que são estruturas constituídas por núcleos de substância cinzenta situados na parte mais profunda e central do cérebro e que são interconectados. Os gânglios basais incluem o *estriado*, formado pelo *núcleo caudado* e o *putame*, e o *tálamo*.

Até há pouco tempo relacionados primordialmente à execução de atos motores, os gânglios basais são, na atualidade, associados a aspectos mais sofisticados do comportamento, como controle do início e modulação dos movimentos, planejamento de sua seqüência, aprendizagem por ensaio e erro e direcionamento cognitivo e motivacional, funções que podem estar comprometidas em portadores do TOC.

O aumento do metabolismo cerebral nas regiões citadas é particularmente visível em pacientes cujos sintomas obsessivos são provocados; entretanto, não ocorre em todos. O teste de provocação pode ser feito, por exemplo, solicitando aos que sentem nojo de substâncias gelatinosas que coloquem as mãos dentro de luvas que contenham tais substâncias ou que toquem em algo que evitam tocar por medo de contaminar-se ou simplesmente por nojo.[33]

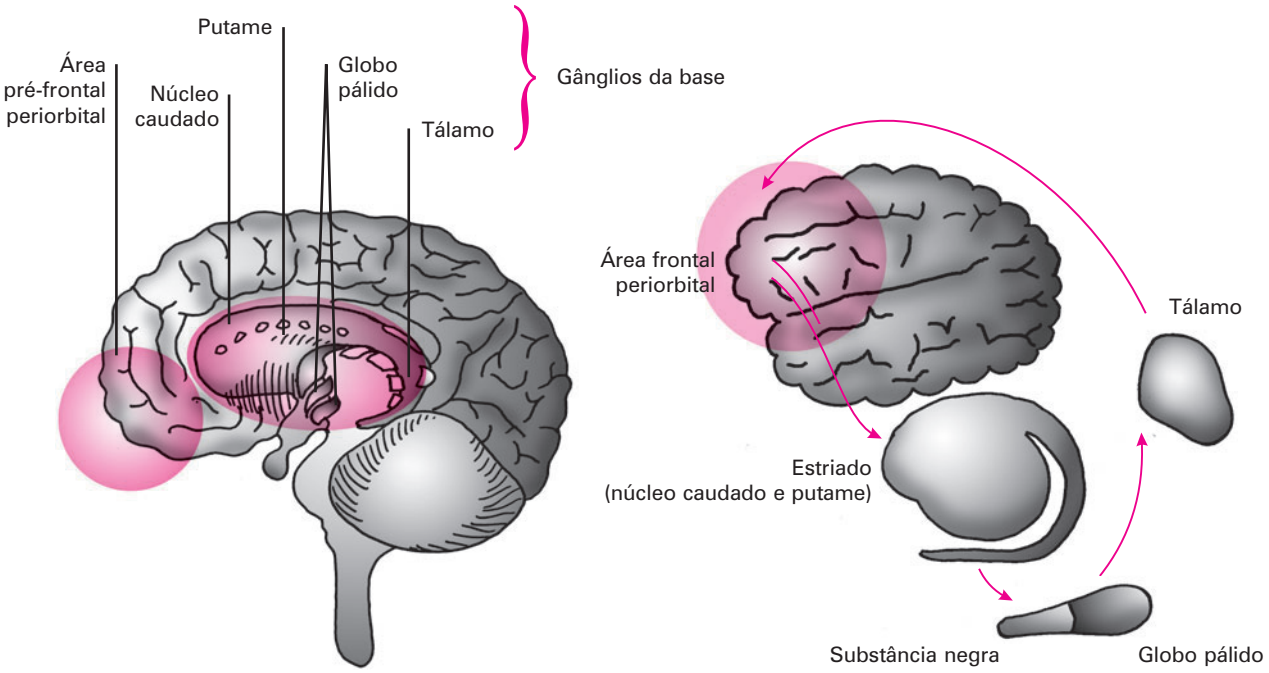


Figura 3.1 Regiões do cérebro que estão mais ativadas em portadores do TOC.

Um outro estudo recente, realizado no Instituto de Neurociências de Seul, procurou identificar os circuitos envolvidos em tarefas que envolviam o uso da memória de trabalho (memória de curtíssima duração) em pacientes portadores de sintomas OC. O estudo confirmou o envolvimento do giro cíngulo superior direito e do córtex parietal superior direito. Os autores concluíram que o estudo apóia o envolvimento do sistema frontoestriatal no TOC.[34]

As imagens do cérebro em funcionamento revelaram outro fato muito interessante: o aumento da atividade cerebral observado em portadores de TOC diminui com a terapia comportamental e com o uso de medicamentos.[35] Essa foi, ao que parece, a primeira vez que se conseguiu documentar o efeito sobre o funcionamento cerebral de um tratamento de natureza psicológica.

Em resumo, uma série de evidências apóia a hipótese de um envolvimento do córtex frontal periorbital e dos gânglios basais no TOC. Não se sabe, entretanto, se a hiperatividade observada nessas estruturas é a causa ou se é uma conseqüência dos sintomas OC.

Alterações anatômicas (volumétricas) em estruturas cerebrais em portadores do TOC

Estudos realizados ainda na década passada confirmaram diferenças volumétricas envolvendo tanto a massa branca como a massa cinzenta em várias regiões do cérebro em portadores do TOC.[36] Os estudos ainda não são conclusivos, em parte, talvez, pela heterogeneidade do TOC e porque as amostras desses primeiros estudos eram, em geral, pequenas e heterogêneas. Entretanto, as alterações coincidem, pelo menos em alguns estudos, com as áreas que se mostraram hiperativas nos estudos de imagem funcionais – o circuito envolvendo o córtex orbitofrontal e os gânglios basais. Vejamos um breve resumo de alguns desses estudos.

Um estudo, embora com um número pequeno de casos, observou que o volume do tálamo era significativamente maior em crianças portadoras de TOC que não haviam utilizado medicamentos do que em indivíduos não-portadores (controles). Com a utilização da paroxetina, tanto melhoraram os sintomas como houve uma redução no volume do tálamo[37]. Pesquisadores de Barcelona compararam o cérebro de 72 pacientes portadores de TOC com o cérebro de 72 indivíduos não-portadores, semelhantes em idade e sexo. Constataram um volume reduzido no giro frontal esquerdo, no córtex orbitofrontal medial, na região insulo-opercular esquerda, bem como um aumento bilateral relativo na parte ventral do putame e na parte anterior do cerebelo no cérebro dos pacientes, em comparação com o cérebro dos não-portadores de TOC. O aumento do estriado (putame) correlacionou-se com a idade dos pacientes. Observaram, ainda, que os pacientes que apresentavam obsessões de conteúdo agressivo e compulsões de checagem apresentavam um volume menor da amígdala.[38] Um estudo mais recente comparou o volume do tálamo, do núcleo caudado, do giro cíngulo anterior e do córtex orbitofrontal de 12 pacientes portadores do TOC que nunca haviam sido tratados com o cérebro de 12 indivíduos não-portadores. Verificaram que os portadores de TOC apresentavam volumes significativamente menores do córtex orbitofrontal, tanto esquerdo como direito, e volumes maiores do tálamo, tanto esquerdo como direito, quando comparados aos volumes das mesmas estruturas em indivíduos não-portadores. As diferenças observadas no giro cíngulo foram menores e ocorriam no lado esquerdo.[39]

Sintomas OC em doenças neurológicas

Uma das primeiras constatações de que sintomas OC poderiam surgir em conseqüência de doenças cerebrais foi feita ainda no início do século passado, ao final da Primeira Guerra Mundial e nos anos que a sucederam. Nessa época, a Europa foi devastada por uma gripe que causou a morte de cerca de 20 milhões de pessoas. Quase ao mesmo tempo, ocorreu a epidemia de encefalite, descrita em Viena pelo dr. Constantin Von Economo como encefalite letárgica, pois a sonolência era um dos principais sintomas. Seu agente causador nunca foi identificado. Muitos dos sobreviventes apresentavam, juntamente com sintomas neurológicos pós-encefalíticos, como parkinsonismo e paralisias oculares, obsessões e compulsões. Além de encefalites, os sintomas OC foram observados na vigência de outros transtornos cerebrais, como na Coréia de Sydenham – uma doença caracterizada por movimentos anormais –; após traumatismos craniencefálicos; após lesões no hipotálamo, no córtex orbitofrontal; na vigência de tumores cerebrais; na epilepsia ou depois de acidentes vasculares que comprometem os gânglios basais, que, como vimos, fazem parte do circuito neurofisiológico envolvido no TOC. Essas descobertas corroboram a hipótese de uma relação entre alterações do funcionamento em certas áreas cerebrais e os sintomas OC.

Além das situações mencionadas, existem outras situações que não só reforçam a hipótese de fatores cerebrais na etiologia do TOC como também apontam para possíveis subtipos, dentre os quais destacaremos três:

1. TOC relacionado a infecções de garganta pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A
2. TOC relacionado a tiques e Transtorno de Tourette
3. TOC de início precoce *versus* TOC de início tardio.

Vejamos o que se sabe sobre cada um desses subtipos do transtorno.

TOC relacionado a infecções pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A

Um dos fatos mais interessantes relativos ao TOC relatados ultimamente é o aparecimento de sintomas OC durante ou logo após infecções de garganta (amigdalites) provocadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA). Após essas infecções, que ocorrem principalmente em crianças e adolescentes, é comum ocorrerem febre reumática e inflamação das grandes articulações, especialmente dos joelhos. A febre reumática é uma doença imunológica na qual uma infecção pelo EBHGA produz anticorpos que, em hipótese, reagiriam com proteínas neurais (p. ex., do núcleo caudado) em pessoas suscetíveis.[40] Se não for tratada, pode provocar problemas cardíacos futuros. Cerca de 30% das crianças com febre reumática desenvolvem Coréia de Sydenham, também chamada de "dança de São Vito". A Coréia de Sydenham, por sua vez, está relacionada a alterações nos chamados gânglios basais, estruturas cerebrais envolvidas na coordenação dos movimentos. Caracteriza-se pela súbita deterioração da escrita e por movimentos repentinos dos braços e das pernas. Com muita freqüência, os pacientes apresentam sintomas OC, o que levou à suspeita do envolvimento dos gânglios basais no TOC. Os autores do estudo denominaram esse tipo de quadro PITAND (*pediatric, infection-triggered, autoimmune neuropsychiatric disorder*), posteriormente denominado PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection*), como ficou conhecido.[41-43] As características do quadro PANDAS são: início na infância ou na adolescência, transtorno neuropsiquiátrico (TOC e/ou tiques), início abrupto e/ou agravamento agudo dos sintomas, associação com infecções pelo EBHGA e relação com anormalidades neurológicas (hiperatividade motora e movimentos adventícios, incluindo movimentos coreiformes ou tiques).[43]

Um estudo realizado em nosso meio verificou que cerca de 70% dos pacientes portadores de Coréia de Sydenham apresentavam também sintomas OC ou agravamento dos sintomas preexistentes.[44] A hipótese que tem sido mais estudada é de que haveria um processo auto-imune, ou seja, uma reação imunológica no nível dos gânglios da base, os quais atuariam como antígenos e provocariam a formação de anticorpos (auto-anticorpos). Esses anticorpos depois reagiriam com as referidas estruturas, como ocorre em outras doenças chamadas de auto-imunes e que afetam o cérebro, tais como o lúpus eritematoso e a esclerose múltipla, provocando, eventualmente, lesões. Essa reação auto-imune no nível dessas estruturas provocaria o depósito do complexo antígeno-anticorpo resultante da referida reação imunológica, o que explicaria os movimentos anormais da Coréia e os sintomas do TOC. Mas essa é uma hipótese ainda não comprovada.

Uma pesquisa com 30 crianças que tiveram agravamento dos sintomas OC, tiques e TT submeteu-as a tratamentos utilizados em outras doenças auto-imunes, como plasmaférese (troca do plasma com a finalidade de remover os anticorpos) e imunoglobulina endovenosa. Após um mês de tratamento com plasmaférese, as crianças haviam apresentado uma redução de 58% nos sintomas OC, e as que haviam sido tratadas com imunoglobulina intravenosa haviam melhorado 45%. Um ano depois, 82% das crianças continuavam melhores ou muito melhores em comparação com o seu estado anterior ao tratamento.[45] Entretanto, essa pesquisa não tem sido reproduzida, além de esses métodos de tratamento serem complicados, caros e pouco práticos.

TOC associado a tiques ou ao transtorno de Tourette

Outra observação que reforça a hipótese de uma origem cerebral para o TOC é o fato de se observar, com muita freqüência, a presença concomitante de sintomas OC e tiques e/ou transtorno de Tourette (TT). Também é muito comum a presença de sintomas OC nos familiares de portadores de tiques. Tiques e TT são doenças neurológicas, nas quais há comprometimento dos gânglios basais. Essa constatação foi uma das razões para se suspeitar de que tais estruturas também pudessem estar envolvidas no TOC. E de fato, como já mencionamos, existe um aumento do metabolismo em alguns desses gânglios, ou em certas regiões deles, em portadores do TOC. Um estudo recente encontrou redução no volume do núcleo caudado em crianças e adultos com TT. O núcleo lenticular também apresentou volume menor em crianças e adultos que tinham TT e TOC associados. [24]

Acredita-se que o TOC associado a tiques ou ao TT constitua um subgrupo especial do transtorno. A favor dessa hipótese, tem-se observado que, em geral, o TOC associado a tiques ou ao transtorno de Tourette é de início mais precoce, anterior à adolescência, e é mais comum em meninos. Predominam obsessões de conteúdo agressivo e sexual, obsessões e compulsões por simetria e exatidão,

além de compulsões semelhantes a tiques, como bater, tocar, raspar e piscar, que não são precedidas por uma obsessão ou por um pensamento de conteúdo catastrófico (contrair uma doença, incendiar a casa), e sim por um desconforto físico descrito como fenômeno sensorial.

O início do TOC não associado a tiques ou ao TT é próximo ou posterior à adolescência, ocorre igualmente em meninos e meninas, e obsessões e compulsões relacionadas à limpeza são os sintomas predominantes. A resposta aos tratamentos convencionais, como farmacoterapia e terapia comportamental, parece ser menor no TOC associado a tiques ou ao TT, sendo necessário acrescentar medicamentos do grupo dos neurolépticos: haloperidol, pimozida, risperidona.

TOC de início precoce *versus* TOC de início tardio

Aparentemente, constatam-se algumas diferenças interessantes entre o TOC que inicia precocemente, ainda na infância, e o TOC de início tardio (após os 18 anos). O de início precoce, entre os 5 e os 15 anos, é mais comum entre os homens, ao passo que o de início tardio, entre os 25 e os 35 anos, ocorre mais em mulheres. A idade média de início também parece ser menor em homens do que em mulheres: 21 e 24 anos, respectivamente. Em uma pesquisa com crianças e adolescentes, observou-se que a idade média de início foi de 9,6 anos para os meninos e 11 anos para as meninas. [46] Como já comentamos, constatou-se que, quando o início do TOC é precoce, é mais comum a ocorrência de tiques e de transtorno de Tourette; de transtornos da alimentação; de transtorno do pânico; de compulsões de repetição, por ordem ou por alinhamento; de obsessões de conteúdo agressivo, religiosas e de conteúdo diverso, assim como a ocorrência do transtorno em familiares; seus sintomas tendem a ser mais graves, e a resposta aos medicamentos parece ser menor. A herdabilidade também parece ser maior quando o TOC é de início precoce.[6, 47-49] Os pacientes de início tardio referiram o colecionismo como a primeira compulsão que haviam apresentado.[6] O início precoce também parece estar correlacionado com aspectos genéticos relacionados a receptores ou transportadores de dopamina.

Um estudo realizado na África do Sul, com 254 pacientes, revelou uma associação entre o início precoce do TOC e uma freqüência aumentada de tiques, transtorno de Tourette e tricotilomania. Os autores verificaram ainda, em pacientes brancos, uma distribuição maior significativa do alelo do gene relacionado ao receptor de dopamina (DRD4), sugerindo uma importância da dopamina no TOC de início precoce.[49]

Genética

O TOC parece ter uma base genética. Uma maior incidência (4 a 5 vezes) foi observada em familiares de primeiro grau de portadores, comparados com a população em geral.[50] Esse índice maior ocorre especialmente quando o início é precoce e associado a tiques. Por isso, o TOC costuma ser definido como doença familiar, pois é comum existirem várias pessoas acometidas na mesma família. Além disso, em gêmeos idênticos, a incidência é 20 a 40 vezes maior do que na população em geral, podendo chegar entre pares de gêmeos monozigóticos (idênticos), a 80 a 87%, e, entre pares de gêmeos dizigóticos, a 47 a 50%. Existem evidências de uma forma de transmissão dominante ou co-dominante.[51]

Todos, ou preferencialmente alguns sintomas teriam maior possibilidade de serem transmitidos geneticamente? Existem evidências de que a incidência de TOC em familiares parece correlacionar-se com o tipo de sintomas.

Em um estudo recente com 418 pacientes foi observada uma alta incidência, entre familiares, de sintomas como o colecionismo, obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou religioso e verificações.[53] A correlação foi menor, mas ainda assim significativa, para as obsessões por contaminação/limpeza e ordem, simetria e alinhamento, o que não deixa de ser mais uma evidência a favor da proposta de distintas dimensões de sintomas do TOC.

Por fim, os estudos de genoma têm identificado genes candidatos, principalmente polimorfismos envolvendo os transportadores de serotonina SLC1A1, SLC6A4, 5-HTTLPR e uma região em 9p24, especialmente em pacientes cujos sintomas foram de início precoce.[54,55] Esses estudos sugerem, ainda, o envolvimento dos sistemas dopaminérgico e glutamatérgico nos sintomas OC, principalmente

quando de início precoce. Outros genes candidatos têm sido estudados, mas os estudos não têm sido conclusivos, como demonstrou um estudo recente.[54]

Muitas questões continuam em aberto. Qual a relação desses genes com as alterações neurofisiológicas que ocorrem em certas áreas do cérebro dos portadores? Quais os neurotransmissores ou os seus transportadores que estariam envolvidos? Qual o efeito da transmissão genética? Essas são algumas das perguntas ainda sem resposta. Como vimos, foram identificados vários genes candidatos a serem os responsáveis pela herdabilidade da predisposição para desenvolver o transtorno ou pela vulnerabilidade de certos indivíduos para o TOC, mas ainda não há nada estabelecido de forma definitiva.

Neurocirurgia

Aproximadamente 20% dos pacientes com TOC não apresentam nenhuma resposta aos tratamentos usuais – medicamentos e terapia de exposição e prevenção de rituais. São considerados refratários quando não obtêm melhora em várias tentativas de tratamento, usando, pelo menos, três medicamentos antiobsessivos diferentes, incluindo-se entre eles a clomipramina, e com, pelo menos, uma tentativa de tratamento com terapia cognitivo-comportamental (TCC). Esses pacientes eventualmente podem obter uma redução de 40% ou mais dos sintomas OC com a realização de uma neurocirurgia, na qual algumas das estruturas cerebrais das vias neurofisiológicas envolvidas no TOC são seccionadas.[56,57] Mais recentemente, está sendo desenvolvida e testada uma técnica não-invasiva de neurocirurgia que dispensa a perfuração do crânio: trata-se da faca de raios gama, ou radiocirurgia, cujos primeiros resultados parecem promissores.[58] Esses resultados são mais uma forte evidência do envolvimento dos mencionados circuitos neurofisiológicos no TOC e de uma base neurobiológica para os seus sintomas.

Estimulação cerebral profunda

Outro método experimental que vem sendo proposto para tratar pacientes com TOC refratário, em razão do sucesso em tratar sintomas da doença de Parkinson, é a estimulação cerebral profunda, com a vantagem de ser um tratamento reversível e relativamente livre de efeitos colaterais. Ela é aplicada em estruturas como a parte ventro-medial da cabeça do núcleo caudado ou em estruturas adjacentes, como o núcleo accumbens, ou ainda nas bordas da cápsula interna.[59] Seria uma alternativa à neurocirurgia. Os estudos parecem ser promissores. Mas essa é, ainda, uma técnica a ser experimentada e melhor desenvolvida.

Um estudo com um pequeno número de portadores de TOC refratários a todos os outros tratamentos verificou a estimulação cerebral profunda crônica por meio de eletrodos quadripolares, implantados bilateralmente nas bordas anteriores da cápsula interna. Os primeiros pacientes tratados apresentaram melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos.[60] Devido ao pequeno número de pacientes tratados até o momento, são necessários novos estudos para confirmar se a técnica é efetiva ou não, assim como estabelecer as condições e parâmetros de sua aplicação.

RESUMO E DESTAQUES

- O TOC é um transtorno caracterizado pela heterogeneidade das suas manifestações, sugerindo formas distintas da mesma doença.
- Tem sido propostos quatro grupos distintos de sintomas caracterizados pelas seguintes apresentações:
  1. obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou somático e verificações;
  2. obsessão por simetria e compulsão por arranjos ou alinhamentos;
  3. obsessão por limpeza e lavagens; e
  4. obsessões e compulsões por armazenar ou guardar.
- Supõe-se que cada um desses grupos de sintomas possa ter distintas etiologias, fisiopatologias, curso e resposta aos tratamentos.
- Ainda não são bem conhecidas exatamente as causas dos sintomas do TOC. Dois grupos de fatores têm sido apontados: neurobiológicos e psicológicos.
- As evidências de que os fatores neurobiológicos exercem um importante papel estão na descoberta de que os sintomas melhoram com o uso de medicamentos que inibem a recaptação da serotonina. Também são evidências: a hiperatividade de certas regiões cerebrais em portadores do TOC, em comparação com os não-portadores; o aparecimento de sintomas OC no curso de doenças neurológicas; o fato de o TOC ser uma doença familiar e de a predisposição para desenvolver a doença poder ser herdada; as alterações volumétricas em determinadas regiões do cérebro dos portadores e a redução na intensidade de sintomas por meio de neurocirurgia e da estimulação cerebral profunda em pacientes refratários a outros tratamentos.
- Foi identificado um circuito envolvendo as áreas peri-orbitais do lobo frontal e gânglios da base que se mostra hiperativo em portadores do TOC.
- Parece que o TOC associado a infecções pelo estreptococo beta-hemolítico, a tiques ou ao transtorno de Tourette são formas distintas do transtorno, assim como o transtorno de início precoce em relação ao de início tardio.

Capítulo 4

AS PROVÁVEIS CAUSAS DO TOC: FATORES PSICOLÓGICOS

No capítulo anterior, expusemos as evidências que sugerem a participação de fatores cerebrais no aparecimento dos sintomas OC e que embasam um dos tratamentos de primeira escolha para o TOC – os psicofármacos. Existem, entretanto, fortes evidências de que aprendizagens errôneas, como a realização de rituais e as evitações, exercem um importante papel na manutenção tanto das compulsões, porque aliviam rapidamente o desconforto, como das próprias obsessões. Um fenômeno natural chamado de "habituação", responsável pelo desaparecimento das reações físicas de desconforto ou de medo que surgem quando entramos em contato com estímulos inicialmente desagradáveis ou que nos assustam, tem sido utilizado para o tratamento dos sintomas OC, por meio de duas técnicas denominadas exposição e prevenção de respostas. Também tem-se tornado evidente que o portador de TOC apresenta certas crenças distorcidas ou irreais, principalmente envolvendo riscos e responsabilidades. Supõe-se que elas tenham influência na origem e na manutenção dos sintomas. Sua correção por meio de técnicas cognitivas tem provocado a redução e até o desaparecimento dos sintomas OC.

Como já foi dito anteriormente, até bem pouco tempo atrás, considerava-se o TOC um transtorno cuja origem era relacionada a problemas de natureza psicológica, ou seja, conflitos de natureza inconsciente ocorridos nos primeiros anos de vida e não resolvidos adequadamente, determinando o que os psicanalistas chamam de regressões e fixações. Estas, por sua vez, consistem no retorno para o funcionamento típico de uma fase anterior do desenvolvimento psicossexual ou na manutenção de formas de funcionamento típicas dessas etapas primitivas. Os sintomas do TOC seriam resquícios dessas formas primitivas de funcionamento: a ambivalência, as dúvidas, a necessidade de controle e os rituais. Entretanto, essas hipóteses não se confirmaram e nem as terapias apoiadas nessas teorias tiveram sucesso.

A forte adesão que se tinha a esse modelo até a década de 1960 e 1970 impediu, de certa forma, que os pesquisadores propusessem outras explicações para os sintomas OC. Acreditava-se que um paciente poderia ter um desequilíbrio grave, como desenvolver um quadro psicótico, caso fosse impedido de realizar seus rituais. Afirmava-se, ainda, que os sintomas eram apenas manifestações superficiais de conflitos mais profundos. Aliviá-los não removeria as verdadeiras causas, e eles surgiriam novamente, mesmo que sob a forma de outras manifestações. Esse modelo também considerava que os conteúdos agressivos ou sexuais pertinentes a determinadas obsessões eram expressão de impulsos inconscientes dessa natureza que, eventualmente, poderiam se expressar sob a forma de comportamentos agressivos. Coube aos ingleses pôr à prova tais teorias e propor uma nova concepção sobre os fenômenos obsessivos, como veremos mais adiante.

Vimos, no capítulo anterior, que existem fortes evidências de que fatores neurobiológicos contribuem para que alguns indivíduos desenvolvam o TOC ao longo de suas vidas. As evidências descritas até aqui apontam algum grau de comprometimento cerebral, seja em alterações do seu funcionamento, na neuroquímica, seja por razões genéticas ou até anatômicas, no TOC. Entretanto, nem todos os portadores do transtorno apresentam essas alterações. Também não se sabe o quanto essas alterações são causas ou, na verdade, conseqüências dos sintomas OC. Os métodos de tratamento com base nessa hipótese, como o uso de medicamentos, têm tido algum sucesso em reduzir os sintomas, mas infelizmente, na maioria das vezes, a melhora é apenas parcial. Essas falhas da hipótese neurobiológica deixaram os pesquisadores insatisfeitos e os levaram a pensar na possibilidade de que outros fatores, de natureza psicológica ou social, pudessem contribuir para o aparecimento e a manutenção dos sintomas.

UM BREVE HISTÓRICO

Quase simultaneamente à realização das pesquisas que descobriram o efeito antiobsessivo dos medicamentos e bem antes dos estudos que identificaram as áreas e os circuitos cerebrais envolvidos no TOC, algumas particularidades do modo de pensar, sentir e de se comportar dos portadores do TOC chamaram a atenção de outro grupo de pesquisadores, predominantemente psicólogos e psiquiatras ligados à escola comportamental e, posteriormente, à escola cognitiva. São exemplos de tais particularidades, o medo que os acompanha (não só o medo de contrair doenças, como o medo de serem responsabilizados por falhas), a necessidade de ter certeza, o fato de terem sua mente invadida por pensamentos ou imagens violentas ou impróprias. Também chamaram a atenção a presença de comportamentos evitativos (medo de tocar), típicos das fobias, o fato de acreditarem que podem provocar desgraças ou impedi-las e a necessidade de fazerem as coisas com total perfeição.

RITUAIS: SUA FUNÇÃO DE REDUZIR A ANSIEDADE ASSOCIADA ÀS OBSESSÕES

Alguns autores ingleses ligados originalmente à chamada escola comportamental, entre eles Hogdson e Rachman, no início da década de 1970, se perguntavam: o que poderia acontecer a um paciente caso ele fosse solicitado a tocar nos objetos ou a entrar em contato com locais ou situações que normalmente evita, ou caso se abstivesse de realizar as verificações que se sente compelido a executar, sempre que é assaltado por uma dúvida obsessiva? Ele teria uma crise de ansiedade que não terminaria nunca? Poderia ficar psicótico, como previa o modelo psicodinâmico? Para testar essas hipóteses e observar o que de fato poderia ocorrer, convidaram um grupo de voluntários "lavadores" e um outro de voluntários "verificadores" para participar de dois experimentos.

No primeiro experimento, Hogdson e Rachman procuraram observar o que ocorria com pacientes que tinham obsessões por limpeza e rituais de lavagem quando eram convidados a tocar espontaneamente nos objetos que normalmente evitavam tocar. Verificaram que, ao tocar nos referidos objetos, apresentavam, em um primeiro momento, uma rápida e acentuada elevação da ansiedade, a qual decrescia também de forma rápida com a execução de uma lavagem satisfatória.[61] Em um experimento semelhante com pacientes "verificadores", em situações nas quais inicialmente eram impedidos de realizar seus rituais, também foi observado um fenômeno semelhante: uma elevação acentuada da ansiedade, seguida de sua eliminação após realizarem as verificações.[62] Com base nessas observações, os autores formularam uma hipótese que oferecia uma nova compreensão para os fenômenos obsessivos: a de que existia uma relação funcional entre os rituais e as obsessões. Em outras palavras, sugeriram que os rituais existiam em razão das obsessões: sua função era reduzir a ansiedade e o desconforto que as acompanha. [61-63]

O FENÔMENO DA HABITUAÇÃO NO TOC

E o que ocorreria com os pacientes caso fossem impedidos ou se abstivessem de realizar os rituais que aliviavam a ansiedade? Dando continuidade ao experimento, os pesquisadores solicitaram aos pacientes "lavadores" que, depois de tocar nos objetos "sujos" ou "contaminados", se abstivessem de lavar as mãos e, da mesma forma, solicitaram aos "verificadores" que se abstivessem de fazer verificações nas situações em que eram compelidos a realizá-las. Observaram algo muito interessante: em um primeiro momento, e quase que instantaneamente, havia um acentuado aumento da ansiedade, como no primeiro experimento. Porém, se o paciente seguisse abstendo-se de realizar seus rituais, ela diminuía gradualmente, assim como o impulso de lavar as mãos ou de fazer as verificações. Tanto a ansiedade como o impulso de realizar os rituais desapareciam espontaneamente depois de um período que variava de 15 a 180 minutos, caso os pacientes, de fato, se abstivessem de realizar os rituais.[61-63] Constataram, ainda, que a intensidade da ansiedade e do impulso para realizar os rituais diminuía a cada repetição dos exercícios de exposição e de abstenção dos rituais. Se repetissem os exercícios um número suficiente de vezes, ambos, a ansiedade e o impulso, desapareciam por completo. Ou seja, constatou-se, no âmbito dos sintomas OC, o fenômeno conhecido como habituação: o desaparecimento de um desconforto quando se permanece em contato o tempo suficiente com a situação ou com o estímulo que o provoca,

desde que isso não represente nenhum risco. Esse fenômeno se tornou, então, a base da terapia de exposição e prevenção da resposta, como veremos no próximo capítulo.

A habituação é uma modalidade de aprendizagem utilizada para eliminar os sintomas OC por meio da psicoterapia e tem-se revelado efetiva desde que o paciente se disponha a fazer os exercícios de *exposição* ou a abster-se de fazer os rituais (*prevenção da resposta*), quando se sente compelido a realizá-los. Sua efetividade foi comprovada em inúmeros estudos realizados em diversos países e constitui talvez a mais forte evidência a favor da importância de fatores psicológicos e da chamada teoria comportamental do TOC, que enfatiza, de um lado, o papel de aprendizagens errôneas na origem e na manutenção dos sintomas e, de outro, o da habituação na sua eliminação.

Esses experimentos e ensaios clínicos foram muito importantes porque auxiliaram a mudar as concepções e os paradigmas que vigoravam em relação ao TOC até o início da década de 1970. A partir das experiências dos autores ingleses, sugeriu-se que a função dos rituais era simplesmente reduzir a ansiedade e o desconforto provocados pelas obsessões, e não necessariamente expressavam conflitos inconscientes. Na verdade, a diminuição da ansiedade com os exercícios de exposição e prevenção de rituais constituía uma forma de aprendizagem (a habituação) que poderia eliminá-los de modo rápido e por longo tempo, ao contrário da evitação, que perpetuava a necessidade de realizá-los.

A Figura 4.1 ilustra a diminuição do desconforto sentido após exercícios repetidos de exposição.

O resultado obtido pelos pesquisadores ingleses, além de ter modificado a compreensão que se tinha sobre os sintomas OC, chamou a atenção para a importância do papel da aprendizagem para a sua origem e manutenção (as evitações) e de um outro recurso claramente psicológico – o fenômeno da habituação para a sua remoção. A moderna neuropsicologia associa esse fenômeno com um tipo específico de memória – a memória implícita ou de procedimentos (procedural) –, responsável pela aquisição de habilidades, medos, nojos, e diferente da memória declarativa, que nos faz lembrar de fatos, datas, nomes, etc. Essa nova aprendizagem, que na verdade é uma mudança das reações físicas e emocionais que ocorrem em função do contato com o estímulo que as provoca, é muito semelhante às aprendizagens que utilizam a memória de procedimentos, com a diferença de que se trata de uma perda de medos ou de nojos, em conseqüência do contato. Essa descoberta serviu como base para a terapia de exposição e prevenção de respostas, utilizada até hoje no tratamento do TOC.

Mais recentemente, tem sido dada uma maior importância às crenças errôneas e aos pensamentos distorcidos presentes na maioria dos portadores do TOC, pois acredita-se que tenham uma grande importância na origem e na manutenção dos sintomas. Pesquisas clínicas comprovaram que sua correção, por meio da chamada terapia cognitiva, pode eliminar os sintomas tanto quanto a habituação obtida com a exposição e a prevenção de rituais (prevenção da resposta), tema que abordaremos ao

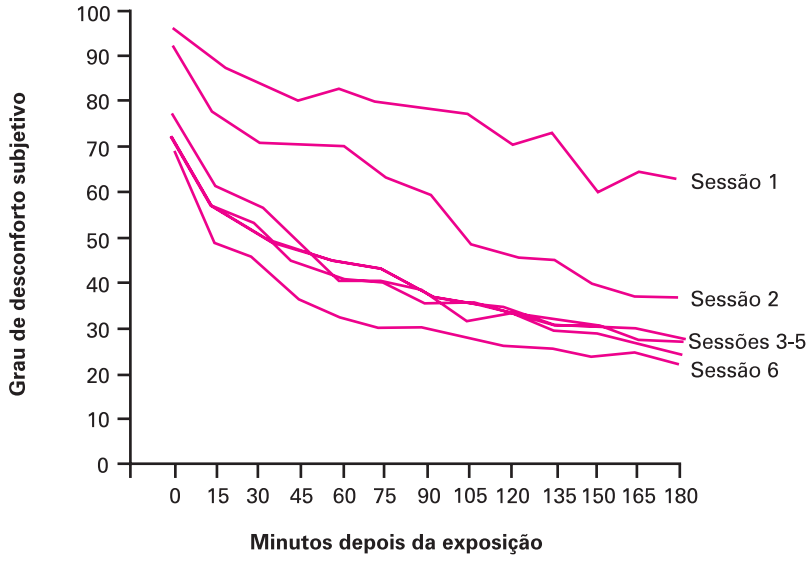


Figura 4.1 Diminuição do desconforto sentido após exercícios repetidos de exposição. (Adaptada de Likierman e Rachman.)[63]

final do presente capítulo e de forma específica no Capítulo *7*. Por enquanto, aprofundaremos um pouco mais a questão das diferentes formas de aprendizagem e sua participação na origem e perpetuação do transtorno, segndo o que os teóricos chamam de modelo comportamental. Abordamos, anteriormente, o modelo neurobiológico. Como você pode ver, existem diversas explicações (ou modelos) para as origens do TOC, e nenhuma, por si só, parece ser suficientemente poderosa para englobar sua grande diversidade de manifestações.

A TEORIA (OU MODELO) COMPORTAMENTAL DO TOC

A partir das experiências dos ingleses, a teoria comportamental (ou da aprendizagem) ganhou força para explicar os sintomas OC. A seguir, essa teoria é apresentada de forma mais detalhada.

Aprendizagens errôneas na origem e na manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos

A teoria da aprendizagem procura explicar o motivo pelo qual os indivíduos mudam seu comportamento na interação com o ambiente. De acordo com esse modelo, a aquisição de medos seria uma alteração do comportamento em decorrência de experiências negativas com o meio ambiente. Essa forma de explicar a origem dos medos e evitações que se observam em diversos transtornos, como nas fobias específicas (medos de insetos, pequenos animais, alturas, lugares fechados); na fobia social (medos de situações em que a pessoa tenha que se expor), no estresse pós-traumático (medos que ocorrem depois que a pessoa passou por uma situação de grande perigo de ferir-se ou de risco de vida) e no transtorno do pânico (medo de aglomerações, lugares fechados, de sair sozinho na rua), evidencia a associação dos medos com lugares, objetos ou situações.

Tentou-se utilizar essa mesma teoria para explicar os medos e evitações do TOC ou até mesmo o nojo. Os autores ligados a essa teoria defendem a existência de diferentes formas de aprendizagem e dedicaram grande esforço para estabelecer suas leis. Vejamos um pouco mais em detalhe essas diferentes formas de aprendizagem, pelo simples fato de se acreditar que sejam os mecanismos pelos quais são aprendidos e mantidos os medos.

As diferentes formas de aprendizagem: o condicionamento clássico, o condicionamento operante e a aprendizagem social

Inúmeros estudos foram realizados com animais em laboratórios para observar como adquiriam um novo comportamento (p. ex., conseguir alimento ou evitar o choque elétrico pressionando uma alavanca ou evitando uma certa zona da gaiola) e os fatores que influenciavam essas aprendizagens. Viu-se, por exemplo, com o fato de parear repetidamente dois estímulos, como tocar uma sineta e apresentar a comida ao mesmo tempo, que a sineta, por si só, era suficiente para provocar a salivação que apenas a comida produzia. Esse tipo de aprendizagem ficou conhecido como *reflexo condicionado* ou *condicionamento clássico*. Acredita-se que um mecanismo semelhante esteja na origem da aprendizagem de certos medos que se observam no TOC, nos quais o indivíduo passa a apresentar medos de estímulos que eram neutros, como, por exemplo, um trinco de porta ou um interruptor de luz.

Também se observou que, quando um animal obtém sucesso depois de várias tentativas de obter água, comida ou evitar choques elétricos, ele passa a repetir aqueles comportamentos que foram bem-sucedidos (aprendizagem). O sucesso é entendido como um *reforço*, pois tem como efeito aumentar a freqüência e a intensidade de certos comportamentos. Esse tipo de aprendizagem é chamado de *condicionamento operante*. Acredita-se que o sucesso das evitações, dos rituais e de outras manobras de neutralização em produzir alívio seja a razão pela qual tais comportamentos são mantidos. Pode-se, ainda, mudar o comportamento pela simples observação de outras pessoas, como, por exemplo, perder o medo de saltar do trampolim a partir da observação de pessoas saltando sem demonstrar nenhum medo. Da mesma forma, podem-se aprender medos ao observar pessoas demonstrando medo em determinadas situações – é a *aprendizagem social*. Essas diferentes formas de

aprendizagem poderiam contribuir parcial ou totalmente para a origem dos sintomas de diferentes transtornos mentais. Examinemos um pouco mais detalhadamente se elas também podem nos auxiliar a compreender a origem dos sintomas OC.

O condicionamento operante (o reforço e seu papel na manutenção dos sintomas OC)

De acordo com pesquisadores como Thorndike e, especialmente, Skinner, o comportamento se modifica em razão dos efeitos ou das conseqüências que provoca sobre o ambiente ou sobre o próprio indivíduo, mesmo sobre aquilo que não pode ser observado, como o pensar e o sentir. Em outras palavras, o comportamento seria governado pelas suas conseqüências.

Os efeitos ou as conseqüências do comportamento podem ser agradáveis ou prazerosos, como receber um elogio, um prêmio, a atenção de pessoas que são importantes para nós. Nesse caso, os estímulos são chamados de *reforçadores*, pois aumentam a freqüência dos comportamentos que os provocam, e *reforçadores positivos*, pois seus efeitos são agradáveis. Sexo e comida estão entre os mais fortes reforçadores positivos. O efeito de um comportamento pode ser a remoção de um desconforto, como o alívio da dor, do medo, da aflição ou da angústia, o que não deixa de ser um reforço. Nesse caso, é chamado de *reforço negativo*. É o que se imagina que ocorra com os rituais, com a evitação e com outras manobras de neutralização, já que reduzem o desconforto decorrente dos pensamentos catastróficos e medos que acompanham as obsessões. Acredita-se que essa seja a principal razão pela qual são mantidos. Esse é um exemplo de uma aprendizagem do tipo *condicionamento operante*, pois um comportamento é adquirido ou modificado (no caso, os rituais ou a evitação) em razão de suas conseqüências. É considerado um *reforço negativo*, pois o ritual ou a evitação são comportamentos adotados e mantidos por aliviarem um desconforto ou um medo, consistindo em uma aprendizagem errônea. Na verdade, o portador do TOC cai em uma armadilha, pois o alívio obtido com os rituais ou com as evitações acaba perpetuando o TOC, além de manter inalterados ou até reforçar os medos que acompanham as obsessões.

> De acordo com a teoria comportamental, a freqüência ou a intensidade de um comportamento é aumentada ou diminuída em razão de suas conseqüências. Os rituais e as evitações são realizados por diminuírem o medo e o desconforto associados às obsessões, o que contribui para a manutenção e a perpetuação desses sintomas do TOC.

O condicionamento clássico ou pavloviano

Funções fisiológicas inatas (hábitos intestinais, sono, batimentos cardíacos, alimentação, salivação) e mesmo reações mais complexas, como medo, nojo ou fissura por drogas, podem ser modificadas em função da experiência. Tais alterações também constituem mudanças de comportamento e, portanto, aprendizagens. Ivan Pavlov, neurofisiologista russo e ganhador do prêmio Nobel, que viveu no início do século passado, preocupava-se em estudar as influências do cérebro sobre as funções fisiológicas, como a digestão, a salivação e os batimentos cardíacos. Curiosamente, ficou conhecido por uma descoberta paralela, o *reflexo condicionado*. Pavlov primeiramente teve sua atenção despertada por um fenômeno interessante: os cães usados em suas experiências salivavam quando ouviam os passos do pesquisador no corredor. A partir dessa observação casual, fez o seguinte experimento: tocava uma sineta enquanto alimentava os cães. Após algumas repetições desses pareamentos, os cães passaram a salivar apenas ouvindo o som da sineta. Ele também verificou que, se a sineta fosse tocada sem que a comida fosse servida, com o tempo, o som da sineta não mais provocava salivação; o efeito se extinguia (*extinção*). Pavlov chamou essa modalidade de aprendizagem de *reflexo condicionado* (uma sineta, que é um estímulo neutro, provoca salivação quando repetidamente pareada com um estímulo que provoca salivação – a comida –, que é um estímulo incondicionado), que também ficou conhecida como *condicionamento clássico* ou *pavloviano*. Modernamente, foi demonstrado que a extinção é uma nova aprendizagem, com base em novos pareamentos com outros estímulos distintos do estímu-

lo que originou a primeira associação, e não apenas o apagamento da memória original.[64] Parece bastante evidente que o condicionamento clássico é um dos mecanismos pelos quais pessoas que vivenciam experiências de estresse agudo particularmente grave, e que desenvolvem um quadro chamado de estresse pós-traumático passam, já que começam a apresentar medos diante de estímulos que antes eram neutros.

O condicionamento clássico e seu papel na origem dos sintomas OC

A importância dessa modalidade de aprendizagem para a compreensão dos fenômenos OC se deve ao fato de se considerar que reações emocionais patológicas, como medo, angústia, nojo e fissura por drogas, dentre outras, possam ser adquiridas por condicionamento. Quando uma dessas emoções ocorre juntamente com determinado estímulo (é pareada ou associada) e, sobretudo, se esse pareamento é repetido, o estímulo que originalmente era neutro passa a provocar ansiedade, medo ou nojo.

Os exemplos mais simples e visíveis do condicionamento clássico estão nas fobias. Assim, um grande susto associado a algo inofensivo, como uma barata, uma lagartixa ou um pássaro, pode fazer com que o indivíduo tenha sempre reação de medo (que pode chegar ao pânico) diante de tais insetos ou animais e até mesmo diante de lagartixas ou baratas de brinquedo. Ficar trancado em um elevador pode determinar o medo de andar em qualquer elevador; ter sofrido um acidente de carro em determinado lugar da cidade pode fazer com que a pessoa sinta grande ansiedade ao entrar em qualquer carro ou apenas pelo fato de passar pelo lugar onde ocorreu o acidente. Esses são exemplos de medos condicionados. Elevador, carro ou determinado lugar da cidade, que eram estímulos neutros, passam a provocar ansiedade depois de associados a um acontecimento muito estressante. Reações de nojo podem ser adquiridas dessa mesma forma, como quando uma comida faz mal.

Acredita-se que, no TOC, objetos, lugares e até pensamentos que eram neutros em algum momento tenham sido associados a emoções desagradáveis ou a medos, possivelmente em razão das obsessões de conteúdo catastrófico, por um processo de condicionamento (pareamento) que, em geral, não se consegue esclarecer. Maçanetas de porta, torneiras de banheiro, toalhas ou sabonetes usados por outras pessoas, dinheiro (cédulas) e corrimãos, por exemplo, não provocam nenhuma reação em indivíduos normais: são estímulos neutros. Contudo, nos portadores do TOC podem provocar grande aflição, pois estão associados (foram condicionados) a pensamentos de contaminação e a medos. Não se sabe bem de que forma. A evitação se encarrega de manter esses medos, já que impede o indivíduo de enfrentá-los.

Generalização

Também é comum que, a partir de um objeto ou situação, o medo ou o nojo se *generalizem* para uma grande quantidade de objetos ou situações parecidas. As dúvidas seguidas de verificações poderiam ocorrer, inicialmente, apenas em relação à porta, mas depois terem sido estendidas a janelas, fogão, gás, torneiras, eletrodomésticos, documentos na bolsa, celular, etc. O medo de contaminação e a evitação são estendidos a uma série de objetos ou situações a partir de um objeto ou situação inicial que, em certo momento ou de forma repetida, teria provocado reações de medo. Essa é a hipótese do condicionamento clássico para a origem dos medos e das evitações que se observam no TOC, sua associação a lugares, objetos e pessoas e sua posterior generalização.

O TOC pode ser desencadeado por algum acontecimento?

A teoria do condicionamento clássico nos auxilia a entender a generalização que costuma ocorrer no TOC. Entretanto, essa teoria é falha, pois, na maioria das vezes, o início dos sintomas é lento e insidioso, e não se observam o pareamento repetido ou a associação exigidos por ela. As pesquisas relacionadas com essa questão não encontraram evidências mais consistentes de que o TOC seja desencadeado por eventos vitais específicos associados (pareados) com o início dos sintomas, com exceção da gravidez e o nascimento do bebê, o que torna frágil a teoria do condicionamento clássico para explicar o aparecimento dos sintomas do TOC.[65]

Embora isto ocorra raramente, é possível que os sintomas do TOC iniciem depois de um evento estressante. O exemplo a seguir ilustra essa situação.

Exemplo clínico de TOC desencadeado por estressores

Uma paciente de 45 anos, casada, com dois filhos, havia recebido a visita de seu pai, a quem era muito ligada, e estava muito feliz por esse motivo. Em certa manhã, ao ouvir ruídos no banheiro, encontrou o pai no chão, inconsciente e eliminando secreção sanguinolenta pela boca. Na ocasião, ao acudi-lo, ficara desesperada e sem saber o que fazer. Ao tentar levantá-lo, sujara as mãos com as secreções que ele eliminava pela boca. Depois de algum tempo, conseguiu chamar o serviço de emergência, que constatou o falecimento do pai devido a um infarto agudo seguido de edema pulmonar. A partir desse momento, a paciente passou a ter intensas obsessões por contaminação e a executar rituais de limpeza durante muitas horas por dia. Passou a lavar as mãos com álcool várias vezes ao dia, a tomar banhos repetidos e a trocar de roupas diversas vezes, exigindo que os filhos fizessem o mesmo. Além disso, deixou de passar em frente a hospitais e de forma alguma admitia entrar neles.

Conclusão: embora em casos isolados o condicionamento clássico possa explicar o surgimento dos sintomas do TOC, na maioria das vezes não se consegue identificar uma situação que os tenha desencadeado e a partir da qual obsessões e compulsões tenham se associado a estímulos anteriormente neutros.

Aprendizagem social ou aprendizagem por observação

Vimos até agora diversas formas de aprendizagem e seu papel no TOC. Uma terceira forma de aprendizagem ocorre por meio da observação de outras pessoas. Essa modalidade foi constatada também em animais: pombas aprendem a abrir uma torneira que fornece alpiste pela simples observação do comportamento de outras pombas que as precederam e tiveram sucesso em conseguir o alimento dessa forma. Filhotes de macacos perdem (ou adquirem) medos de cobras ao observarem suas mães lidando com elas, caso se comportem com ou sem medo. Quando observamos outras pessoas semelhantes a nós – especialmente aquelas que admiramos – realizando coisas que gostaríamos de fazer, sentimo-nos encorajados a imitá-las.

Mudamos nosso comportamento por imitação. Podemos, também, perder medos se tivermos a oportunidade de observar outras pessoas fazendo coisas que, sozinhos, seríamos incapazes de realizar. É a chamada *aprendizagem social* ou *por observação*. Assim, é possível que a observação dos pais ou de outras pessoas realizando rituais ou apresentando medos excessivos favoreça a aprendizagem desses sintomas. Da mesma forma, a observação de pessoas tocando objetos que evitamos, subindo em lugares altos, brincando com pequenos animais (pássaros, cães, gatos) que evitamos ou ingerindo comidas que achamos que possam nos fazer mal pode nos auxiliar a perder tais medos. O portador do TOC muitas vezes perde a noção de como pessoas não-portadoras se comportam. Observá-las pode auxiliá-lo a dar-se conta do que é excessivo em seu comportamento e do que é "normal". Esse fato é aproveitado na terapia em grupo do TOC, na qual a observação de outros pacientes enfrentando situações de medo – e, por essa razão, evitadas – encoraja os demais participantes.

Tanto o meio cultural como o que é ensinado na escola, aprendido em programas de TV ou em sites de internet podem reforçar medos e, portanto, rituais e evitações, em pessoas predispostas. Eventualmente, alguns programas exageram ao anunciar os riscos que existem no simples fato de o ar (assim como a saliva e as mãos) conter grandes quantidades de germes, deixando de ressaltar a importância dos anticorpos que são adquiridos com os referidos germes, que, em geral, não são patogênicos para pessoas que não estão com a sua imunidade baixa por algum motivo.

O TOC está relacionado com a educação recebida?

Também se questiona o quanto o medo, as preocupações excessivas, os comportamentos evitativos, os rituais e as crenças supersticiosas presentes no TOC poderiam ser o resultado da educação recebida durante os anos de infância, o quanto poderiam ter sido ensinados pelos pais ou, quem sabe, aprendidos pela simples observação, já que é comum existirem vários membros de uma mesma famí-

lia comprometidos com a doença. Na verdade, não foi comprovado que os sintomas OC sejam decorrentes de educação rígida nos primeiros anos de vida, da observação do comportamento de pais com medo, ou mesmo de ensinamentos errados por eles transmitidos. Também não foi comprovado que fatores estressores, como perdas ou conflitos familiares, estejam inevitavelmente associados ao início dos sintomas, a não ser, como já comentamos, gravidez e nascimento de um filho. O contrário, inclusive, se sustenta, já que, na maioria das vezes, o início não está relacionado a nenhum fato estressor.

É possível, entretanto, que certos rituais ou mesmo medos sejam aprendidos pela chamada aprendizagem social. As crianças (assim como os filhotes de macaco) podem adquirir certos medos observando seus pais assustados ou medrosos em determinadas situações ou evitando tocar em certos objetos. Isso ocorre também, por exemplo, em relação às crenças erradas que são comuns em algumas comunidades, como a de que a combinação de certas comidas (melancia com uva, pêssego com leite, manga com leite) pode fazer mal. Contudo, o papel dessa forma de aprendizagem no TOC ainda não foi esclarecido.

Um exemplo de sintomas OC aprendidos por observação

Uma mãe com obsessões graves de contaminação e evitações ensinara sua filha, desde os 2 anos de idade, a utilizar luvas de plástico para tocar nas maçanetas das portas de sua casa, como ela mesma fazia. De fato, a menina somente abria as portas usando luvas de plástico.

Como as obsessões e compulsões são adquiridas e mantidas: o modelo comportamental

Com base nas formas de aprendizagem descritas, especialmente no condicionamento clássico e no condicionamento operante (reforço), tem sido proposta uma explicação para o surgimento e a manutenção dos sintomas OC – o modelo comportamental do TOC, que integra essas diferentes formas de aprendizagem.

O modelo comportamental considera a ansiedade uma resposta que, em determinado momento, ficou *condicionada* (associada) a certos estímulos (objetos, lugares, pensamentos) e que, posteriormente, se generalizou para todos os objetos, situações ou pensamentos que os evocam, seja pela proximidade ou pela semelhança. Por meio do ensaio e do erro, o indivíduo descobre estratégias que aliviam a ansiedade e passa a usá-las sempre que ela aparece. No caso do TOC, os rituais ou a evitação reduzem a ansiedade ou o desconforto decorrentes dos medos que acompanham as obsessões, razão pela qual passam a ser mantidos por um mecanismo de *reforço negativo* – impedimento do aparecimento e remoção de um desconforto (*condicionamento operante*). A "aprendizagem" dos sintomas se daria, portanto, em duas etapas: aquisição e generalização dos sintomas por condicionamento clássico e sua manutenção por condicionamento operante (reforço).[66,67]

Essa explicação pode ser resumida da seguinte forma:

1. **Condicionamento clássico**: por alguma razão desconhecida, em pessoas predispostas ou muito sensíveis (motivos genéticos), estímulos que inicialmente eram neutros, como banheiros, corrimãos, facas, números, cores ou até mesmo pensamentos (impróprios, por exemplo), em algum momento, provavelmente em razão de algum evento interno ou externo, *tornam-se associados* a medo, ansiedade ou sensações de desconforto.
2. **Generalização**: em um segundo momento, os medos, o desconforto e conseqüentemente o comportamento de evitação são estendidos (*generalizam-se*) a outras situações ou objetos próximos ou semelhantes aos que os originaram.
3. **Condicionamento operante (reforço negativo)**: o indivíduo descobre (aprende), por acaso, que executar rituais ou evitar o contato com tais objetos ou situações reduz ou elimina (*neutraliza*) os medos, mesmo que temporariamente. O sucesso em produzir alívio aumenta a freqüência e a intensidade do uso dessas "soluções", tornando tais comportamentos estereotipados, repetitivos e freqüentes (rituais).
4. **Manutenção e perpetuação dos rituais e da evitação**: como a "solução" dá resultado, o indivíduo tem a impressão de que esse é o caminho adequado para aliviar os medos ou o desconforto e

que deve, portanto, continuar repetindo os rituais ou a evitação que provocam alívio. Com isso, acaba perpetuando o TOC.[65-67]

> Em suma, as compulsões e a evitação, de acordo com o modelo comportamental, interrompem ou impedem o contato (exposição) com estímulos ou com situações que provocam os medos, o desconforto e o seu enfrentamento. Conseqüentemente, impedem a habituação e a perda natural de medos. O resultado é o seu reforço e a sua perpetuação, consolidando-se, dessa forma, o TOC.

Embora não fazendo parte do modelo comportamental clássico, pode-se acrescentar que o alívio obtido com a realização dos rituais reforça a idéia (crença errônea) de que os medos podem ser verdadeiros e de que se deve, portanto, continuar repetindo as manobras (rituais, evitação) que provocam alívio, o que não deixa de ser um elemento cognitivo: um comportamento influenciando os pensamentos ou crenças, como veremos mais em detalhe quando abordarmos o modelo cognitivo.

Um exemplo simplificado do modelo pode ser observado na Figura 4.2. O alívio obtido com a realização dos rituais ou com a evitação reforça sua realização, perpetuando o TOC.

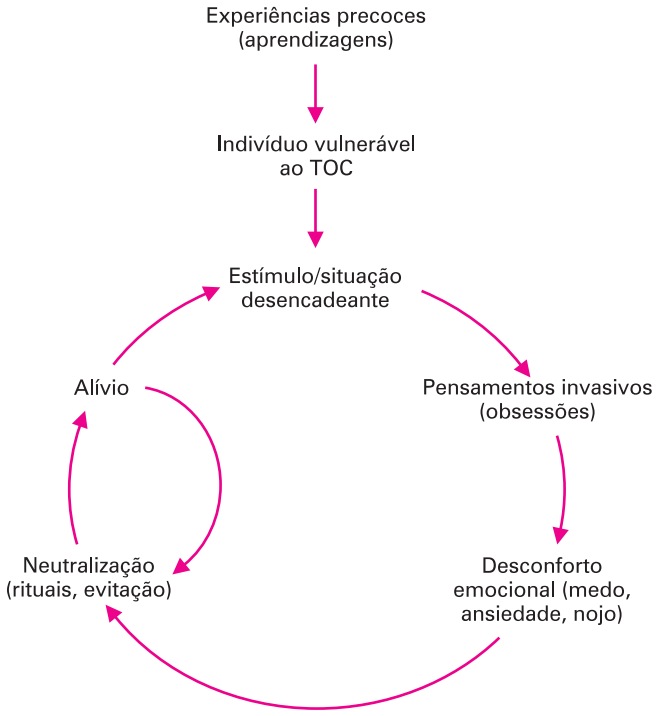


Figura 4.2 Modelo comportamental do TOC.

Argumentos a favor e contra o modelo comportamental

O modelo comportamental parece bastante evidente, particularmente no que se refere ao mecanismo responsável pela manutenção do TOC – o alívio que os pacientes sentem ao executar os rituais ou quando se abstêm do contato físico com objetos ou com situações que desencadeiam as obsessões (reforço negativo). O contrário também ocorre: o aumento considerável da ansiedade quando se solicita aos pacientes que não realizem seus rituais ou que entrem em contato com o que evitam. Esses fatos são de observação corriqueira no cotidiano da prática clínica, além de terem sido comprovados em experimentos, como já foi descrito. A lacuna maior desse modelo decorre do fato de, na

maioria das vezes, o início dos sintomas não estar relacionado a qualquer experiência traumática, ou mesmo estressante, que causasse a associação (pareamento) entre estímulos neutros e os medos, o chamado condicionamento clássico.[68]

O modelo comportamental também não prevê o papel dos fatores de ordem biológica, que, segundo o que se acredita, tornam os indivíduos vulneráveis ao TOC, e desconsidera a importância das crenças disfuncionais, e sua provável influência na necessidade de executar ou não determinado ritual. Este último aspecto foi em parte superado com a proposição de um modelo cognitivo-comportamental para o TOC por autores como Rachman e Salkovskis, entre outros. Tal modelo valoriza o papel das crenças e das interpretações erradas, particularmente daquelas relacionadas com a responsabilidade e o risco, no surgimento e na manutenção dos sintomas obsessivos.[66,67,69] O modelo proposto por esses autores também prevê a interferência de fatores de ordem neurobiológica (como os fatores genéticos, por exemplo) e ambiental, os quais seriam responsáveis por tornar o indivíduo mais sensível, mais vulnerável e, portanto, com predisposição a desenvolver o TOC. Nesse sentido, é considerado um modelo integrador e tem sido mais aceito, por englobar um número maior de fatos do que o modelo comportamental. É o que veremos a seguir.

CRENÇAS ERRÔNEAS OU DISTORCIDAS: A MANEIRA ERRADA OU DISTORCIDA DE AVALIAR E INTERPRETAR A REALIDADE

Até meados da década de 1980, o modelo comportamental do TOC foi o prevalente. Entretanto, ele deixava muitas lacunas, já que não explicava, por exemplo, por que certos pacientes eram refratários aos tratamentos, além de ser de difícil aplicação quando o paciente apresentava predominantemente obsessões. Essas limitações e impasses levaram os pesquisadores a pensar em alternativas para solucioná-los. Sua atenção foi voltada para o fato de que os portadores de TOC, com muita freqüência, apresentavam pensamentos e crenças distorcidas, ou até erradas, que interferiam na percepção, na avaliação e na interpretação da realidade e, conseqüentemente, no grau de medo, de ansiedade ou de desconforto em diversas situações. Parecia bastante evidente que tais convicções ou crenças distorcidas estavam relacionadas com o surgimento das obsessões e o grau em que o paciente era compelido a realizar suas compulsões. Algumas dessas crenças erradas foram identificadas. Escalas foram propostas para medi-las e, de forma geral, ficou comprovada a relação entre a intensidade das crenças distorcidas e os sintomas OC.[70] A partir dessas constatações, passou a ser adotado um modelo que integra os aspectos comportamentais (aprendizagens) e cognitivos para explicar os fenômenos obsessivos.

Acredita-se que os portadores do TOC distinguem-se dos não-portadores em vários aspectos cognitivos: são pessoas mais sensíveis e, por isso, mais predispostas a sentir medos; têm um excesso de responsabilidade que faz com que estejam sempre com dúvidas e preocupados em não falhar; interpretam de forma exagerada os riscos que as diferentes situações apresentam; além de não saberem conviver com incertezas. Esse tema será aprofundado no Capítulo 8.

Outra evidência a favor da importância dos pensamentos e das crenças distorcidas no TOC advém das pesquisas com o uso de técnicas cognitivas para corrigir crenças erradas, que, mesmo quando utilizadas isoladamente, reduziram a intensidade dos sintomas OC. [71-74] Na prática clínica, as intervenções cognitivas vêm sendo paulatinamente adicionadas às técnicas de exposição e prevenção de rituais, na chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC), embora não tenha ainda sido comprovado definitivamente que a adição de tais técnicas à terapia de exposição e prevenção de resposta melhore a efetividade do tratamento.

Vejamos um pouco mais em detalhe o modelo cognitivo para a origem dos sintomas OC.

A ORIGEM DAS OBSESSÕES E DAS COMPULSÕES DE ACORDO COM A TEORIA COGNITIVA

A teoria do significado de Stanley Rachman

É interessante observar que muitos dos pensamentos invasivos que atormentam os portadores de TOC ocorrem na população em geral, mas sem que se transformem em obsessões. São um fenômeno universal. Uma pesquisa mostrou que aproximadamente 90% das pessoas têm, em algum momento,

pensamentos impróprios de caráter agressivo, obsceno ou sexual muito semelhantes aos dos portadores de TOC; contudo, não lhes dão importância.[69] Talvez por esse motivo não sintam aflição ou necessidade de realizar rituais e, por isso mesmo, tais pensamentos acabem desaparecendo espontaneamente. Alguns pesquisadores se preocuparam em esclarecer as diferenças entre pensamentos intrusivos normais e obsessões. Uma hipótese interessante foi formulada por Stanley Rachman. Segundo esse autor, a interpretação errônea e o significado catastrófico atribuído à presença de tais pensamentos na mente da pessoa seriam os responsáveis pela transformação de pensamentos "normais" em obsessões.[75]

Alguns exemplos de interpretações catastróficas ou de significados negativos atribuídos a pensamentos invasivos são: "porque me passam pela cabeça esses pensamentos de agredir, posso vir a cometê-los?"; "eles significam que sou má pessoa?"; "eles significam que tenho um desvio oculto do meu caráter e que posso ser um abusador de crianças?"; "quem garante que não existe um homicida em potencial dentro de mim que um dia irá se manifestar?"; "posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos?". São os significados atribuídos à presença desses pensamentos que levam os indivíduos a realizar compulsões, rituais mentais ou simplesmente a afastar-se de objetos ou locais, como forma de anular ou evitar as conseqüências temidas.

Teoria sobre a origem das obsessões de acordo com Rachman[75]

Na opinião de Stanley Rachman,[75] a interpretação errônea e o significado catastrófico atribuídos aos pensamentos intrusivos impróprios pelos portadores de TOC são responsáveis pelo aumento de sua intensidade e freqüência, pois provocam desconforto, ansiedade e a necessidade de fazer algo para neutralizá-los. Conseqüentemente, transformam-se em obsessões e levam o indivíduo a realizar rituais.

A teoria de Rachman parece bastante interessante para compreender a razão pela qual pensamentos impróprios, além de causarem grande aflição, custam para desaparecer de forma espontânea. O que a teoria não explica é a razão pela qual certos indivíduos atribuem um significado negativo ou interpretam de forma catastrófica a presença de certos pensamentos invasivos, enquanto não-portadores não dão a mínima importância a tais pensamentos, muitas vezes, absurdos. Provavelmente alguns indivíduos são vulneráveis ao TOC por razões genéticas ou neurobiológicas. Salkovskis, em seu modelo cognitivo para explicar os sintomas OC, procurou incluir esses aspectos.

A teoria de Paul Salkovskis

Paul Salkovskis considera o excesso de responsabilidade como a questão central para a origem das obsessões.

> Para Salkovskis, pensamentos catastróficos envolvendo a possibilidade de falhar na tentativa de impedir um desastre ou o dano, em virtude do excesso de responsabilidade, seriam a razão para o indivíduo realizar os rituais, perpetuando o TOC.[76,77]

Esse autor considera, ainda, que indivíduos hipersensíveis em função da genética, da neurobiologia ou da educação teriam uma maior predisposição a fazer interpretações catastróficas relacionadas à questão da responsabilidade. Na Figura 4.3, é apresentado um esquema do modelo cognitivo mais geral sobre a origem das obsessões, que integra as proposições de Rachman e de Salkovskis. Esse modelo será retomado e expandido quando abordarmos a terapia cognitiva, no Capítulo 8.

A diferença entre os modelos comportamental e cognitivo do TOC reside na importância atribuída às avaliações e interpretações distorcidas dos pensamentos catastróficos ou do que significa a sua simples presença na mente, aspectos que o modelo comportamental não valoriza. O modelo proposto por Rachman é bastante interessante para a compreensão da origem de obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo impróprio, enquanto o modelo proposto por Salkovskis é útil para a compreensão de sintomas como as obsessões por dúvidas seguidas de verificações e as obsessões de contami-

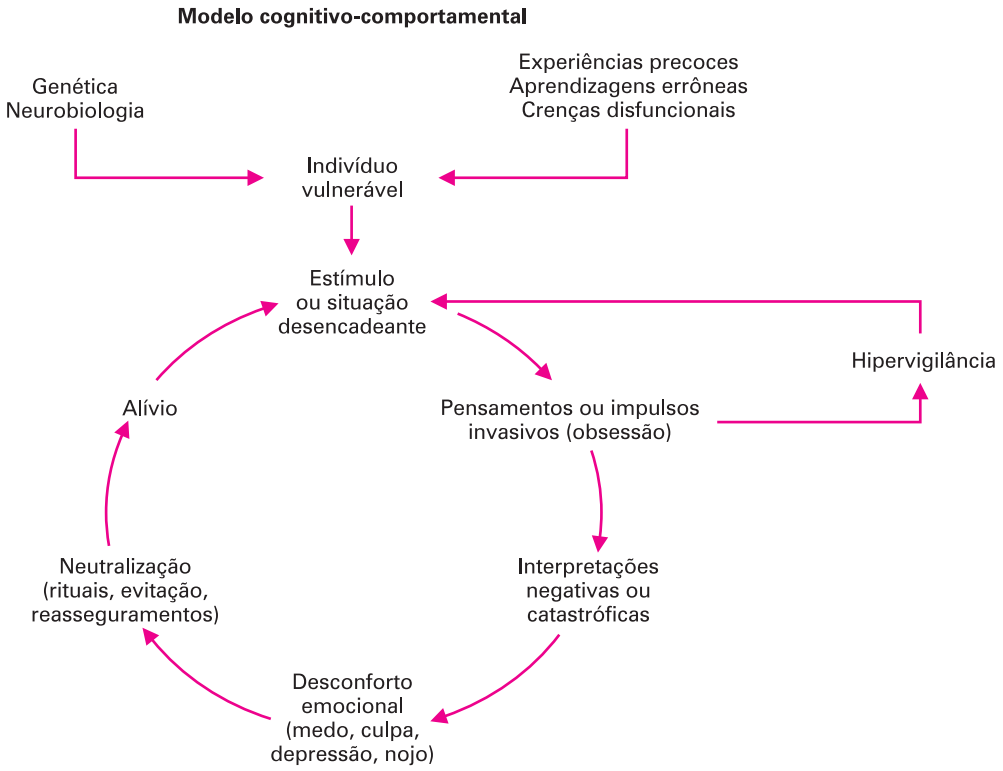


Figura 4.3 Modelo cognitivo comportamental dos sintomas OC. (Adaptada de Salkovskis,1998;[66] Rachman, 1997.)[75]

nação seguidas de lavagens, mas não explicam outros sintomas, como o colecionismo, as compulsões por simetria ou alinhamento ou rituais não-precedidos de pensamentos negativos ou catastróficos. Outros modelos cognitivos mais específicos para os diferentes tipos de sintomas, os quais apresentaremos a seguir, vêm sendo propostos para explicar a necessidade de fazer verificações, as obsessões de conteúdo supersticioso e o papel da hipervigilância. É o pensamento mágico, a chamada fusão do pensamento e da ação, conhecida como efeito Urso Branco, que muito enriquece nossa compreensão sobre os fenômenos obsessivo-compulsivos e que será descrita em maior detalhe ao longo dos diversos capítulos.

Teoria cognitiva das compulsões de verificação, de Rachman

Como vimos, as compulsões são atos repetitivos, estereotipados e intencionais, realizados pelo paciente com a intenção de prevenir desastres futuros e, especialmente, com a finalidade de prevenir possíveis danos às pessoas. Não deixam de ser um tipo de comportamento preventivo e, em geral, estão associadas à indecisão e à dúvida. Rachman propôs um modelo cognitivo para explicar as compulsões de verificação, que incorpora as teorias de Salkovskis.[78]

> Para Rachman, as compulsões de verificação ocorrem quando uma pessoa que acredita ter uma grande e especial responsabilidade em prevenir danos, especialmente em relação aos outros, sente-se insegura em relação ao risco de o possível dano ter sido efetivamente reduzido ou removido. Nas suas tentativas de obter certeza, as pessoas excessivamente responsáveis fazem vrificações ou checagens repetidamente, para ter essa certeza. Paradoxalmente, essas tentativas de ter certeza produzem efeitos adversos, perpetuando a necessidade de fazer verificações.[78]

A intensidade e a duração das checagens são determinadas, segundo Rachman, por três multiplicadores: responsabilidade excessiva ou aumentada, avaliação distorcida da probabilidade do dano e avaliação antecipada, também distorcida, da sua gravidade. A repetição das checagens ocorre por um mecanismo de auto-perpetuação que envolve quatro elementos:

1. Aumento do senso de responsabilidade pessoal e da avaliação da probabilidade do dano: a crença na possibilidade de ocorrer uma falha é maior quando a pessoa está em uma posição de responsabilidade.
2. Confiança diminuída na memória, pois a checagem repetida, em momentos de maior ansiedade pela possibilidade de falhar, confunde a memória da pessoa e diminui a sua confiança nas lembranças.
3. Insucesso em ter certeza de que a probabilidade do dano tenha sido, de fato, removida.
4. Alívio momentâneo causado pelas verificações, o que torna tentador usar esse recurso sempre que uma dúvida invade a mente.[78]

Limitações do modelo cognitivo

A crítica ao modelo cognitivo é de que ele não explica os motivos pelos quais muitas pessoas têm o impulso de executar rituais sem que este seja precedido por algum pensamento negativo ou catastrófico (obsessão), à semelhança do que ocorre com os tiques no transtorno de Tourette. Isso é comum em indivíduos que têm compulsão para alinhar objetos, fazer as coisas em determinada seqüência ou executar certos comportamentos repetitivos que lembram muito os tiques: estalar os dedos, olhar para os lados, dar batidas repetidamente, tocar, raspar. Também não esclarece o TOC produzido por doenças cerebrais ou o TOC relacionado a infecções por estreptococo ou resultante do uso de alguns medicamentos. Não se pode deixar de reconhecer que o modelo cognitivo proposto por Rachman e Salkosvkis é interessante para explicar obsessões de conteúdo impróprio (agressivo, sexual, blasfemo), ruminações obsessivas na busca infrutífera de certeza, obsessões de dúvida e compulsões de verificação. Entretanto, é limitado em oferecer uma explicação suficientemente ampla que se aplique a toda a gama de fenômenos obsessivo-compulsivos, como, por exemplo, obsessões de alinhamento e simetria não-precedidas de pensamentos negativos, repetições das mais diversas precedidas apenas por fenômenos sensoriais, ou o colecionismo.

Alterações neuropsicológicas

Mais recentemente, inúmeras pesquisas sobre aspectos neuropsicológicos no TOC vêm sendo realizadas. Acredita-se que portadores de TOC apresentem déficits neuropsicológicos decorrentes do mau funcionamento de certas regiões ou circuitos cerebrais. Funções como memória geral, memória visuo-espacial, memória de trabalho, capacidade de solucionar problemas e planejamento de tarefas têm sido estudadas mediante testes neuropsicológicos, e os resultados são promissores. Vários déficits têm sido identificados, mas não se sabe o quanto são específicos do TOC. Essa é uma área nova de pesquisas, bastante promissora, que integra os conhecimentos de neurofisiologia e de neuroanatomia com o desempenho do indivíduo em determinadas funções neuropsicológicas, na qual os estudos recém começaram. É possível que surjam importantes contribuições para o esclarecimento dos sintomas OC.[79, 80]

RESUMO E DESTAQUES

- Existem fortes evidências de que fatores de natureza psicológica concorrem para a origem e a manutenção dos sintomas OC.
- Ao contrário do que se pensava (que conflitos inconscientes não-resolvidos fossem os responsáveis pelos sintomas OC), evidências mais recentes sugerem que fatores neurobiológicos, aprendizagens errôneas, pensamentos e crenças distorcidas e, eventualmente, fatores neuropsicológicos contribuam para a origem e manutenção dos sintomas.
- O modelo comportamental propõe que as compulsões tenham uma relação funcional com as obsessões: são realizadas para aliviar o desconforto ou o medo que as acompanha (reforço negativo).
- Embora não se tenha evidências, acredita-se que pensamentos, objetos ou situações, em determinado momento, ficaram associados a medos, nojo ou desconforto (condicionamento clássico). Tais medos tendem a ser generalizados para situações ou objetos semelhantes.
- O alívio obtido pela realização dos rituais funciona como um forte reforço para a sua repetição e é considerado o principal mecanismo responsável pela perpetuação do TOC.
- Não existem evidências de que o TOC possa ser adquirido por observação de outras pessoas ou em razão de uma educação rígida ou exigente.
- O contato direto e demorado com as situações ou com os objetos que provocam ansiedade causa um aumento imediato e intenso do desconforto e o seu gradual desaparecimento. Com a repetição dos exercícios de exposição, o aumento da ansiedade é cada vez menor, podendo desaparecer por completo, mesmo se o indivíduo estiver em contato com os objetos ou com as situações que provocavam ansiedade ou medo. Esse fenômeno é conhecido como habituação, e é a base da terapia de exposição e prevenção de respostas.
- Pensamentos catastróficos, crenças, avaliações ou interpretações erradas ou distorcidas são comuns em portadores do TOC, e acredita-se que tenham um importante papel na origem e na manutenção dos sintomas. Sua correção, mediante o uso de técnicas cognitivas, produz alívio dos sintomas OC.
- Alterações neuropsicológicas podem contribuir para o agravamento dos sintomas OC.

Capítulo 5

OS TRATAMENTOS ATUAIS PARA O TOC

Duas são as modalidades preferenciais de tratamento do TOC: os medicamentos que inibem a recaptação da serotonina e a terapia cognitivo-comportamental. Os medicamentos que se mostraram efetivos são a clomipramina e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como a fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina. Sua principal vantagem é a facilidade de administração. Entre as principais desvantagens, estão a pouca efetividade e as reações adversas. Acredita-se que os medicamentos regularizem possíveis disfunções da neuroquímica cerebral e, por esse motivo, reduzam os sintomas.

A terapia cognitivo-comportamental ou TCC é um tratamento considerado de primeira linha para os sintomas OC. É bastante efetiva quando predominam rituais de lavagem, verificações, repetições ou comportamentos evitativos; quando o paciente tem um bom *insight* (crítica) sobre os sintomas; quando adere rapidamente às tarefas de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) e quando os sintomas não são demasiadamente graves ou incapacitantes. A TCC tem por objetivo corrigir aprendizagens erradas e substituí-las por novas aprendizagens, além de modificar pensamentos, avaliações, interpretações e crenças erradas ou distorcidas. Associando as duas modalidades terapêuticas, estaríamos atuando tanto sobre os fatores neurobiológicos (neuroquímica cerebral) como sobre os fatores de natureza psicológica (aprendizagens e crenças distorcidas ou erradas), que, como vimos nos capítulos anteriores, contribuem para o aparecimento e a manutenção dos sintomas. Vejamos, de forma breve, quais são os tratamentos atuais para o TOC.

Até bem pouco tempo atrás, o TOC era considerado um transtorno raro e de difícil tratamento, pois os recursos de que se dispunha, basicamente a psicanálise e a psicoterapia de orientação analítica, eram pouco ou nada efetivos. Felizmente, a situação mudou, e a boa notícia é que atualmente mais de 70% dos pacientes tratados, podendo chegar até a 80%, conseguem reduzir ou até eliminar por completo os seus sintomas. Também se verificou que ele é um transtorno bem mais comum do que se imaginava. Na verdade, acomete, em média, 1,6% da população ao longo de sua vida, ou seja, uma em cada 60 pessoas, em média.[1]

Atualmente, os tratamentos considerados de primeira linha para o TOC são de dois tipos:

1. medicamentos do grupo dos antidepressivos, conhecidos como inibidores da recaptação de serotonina (IRSs) e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) e
2. a terapia comportamental de EPR ou de rituais, associada ou não a técnicas cognitivas.[81,82]

A tendência mais recente é associar técnicas cognitivas à terapia de ERP e denominá-la terapia cognitivo-comportamental (TCC). São os tratamentos para os quais se têm evidências comprovadas de que reduzem os sintomas OC. Além disso, trabalhos mais recentes têm encontrado evidências de que a associação dos dois métodos de tratamento, medicamentos e TCC é, de fato, vantajosa, comparando-se com o uso isolado de cada um deles.[81-85] No presente capítulo, vamos descrever brevemente essas duas modalidades de tratamento. Nos próximos, serão descritas as modalidades da terapia cognitivo-comportamental do TOC, com detalhes de sua aplicação para os sintomas mais comuns. Ao final do livro, você encontrará um capítulo inteiro dedicado ao tratamento farmacológico.

O USO DE MEDICAMENTOS NO TOC

Os primeiros tratamentos para o TOC usando medicamentos ocorreram ainda na década de 1960, com o uso da clomipramina, que se mostrou efetiva em casos isolados ou em séries de casos. Como

era um antidepressivo, havia a dúvida sobre se os resultados eram devidos ao fato de o paciente melhorar da depressão, que é muito comum em portadores do TOC, ou se de fato havia um efeito antidepressivo específico. Diversos estudos controlados, realizados nos anos 1980, comparando a clomipramina com outros antidepressivos, comprovaram que apenas esse medicamento apresentava o efeito antiobsessivo, que foi atribuído à sua capacidade de inibir a recaptação da serotonina. Antidepressivos como a imipramina e a desipramina, que não possuíam esse efeito, eram ineficazes em reduzir os sintomas OC. Um grande estudo levado adiante com a colaboração de vários centros universitários, tratando mais de 500 pacientes com clomipramina, comprovou definitivamente sua eficácia em reduzir os sintomas OC.[86]

Até recentemente, a clomipramina era o medicamento mais prescrito como antiobsessivo. Embora efetiva, apresentava muitos efeitos colaterais, como taquicardia, boca seca, tonturas, constipação intestinal, visão borrada, retenção urinária, e era contra-indicada para pacientes que tivessem problemas cardíacos, especialmente quando existisse algum tipo de bloqueio na condução cardíaca, pois ela reduz a condução cardíaca, aumentando o intervalo QT do eletrocardiograma. Apesar desses problemas, é considerada ainda hoje por muitos o mais efetivo dos medicamentos antiobsessivos. Entretanto, seu uso vem se restringindo aos casos em que os demais antiobsessivos falham ou para potencializá-los quando a resposta é incompleta, em razão dos seus efeitos colaterais.

Na década de 1990, foram lançados vários antidepressivos do grupo dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, tais como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram, a fluvoxamina e, mais recentemente, o escitalopram. Foram realizados diversos estudos, que comprovaram sua eficácia. Um artigo recente de revisão faz um resumo dos resultados de todos esses estudos.[87] Sua grande vantagem sobre a clomipramina é de apresentarem menos efeitos colaterais e de serem melhor tolerados, o que favorece a adesão do paciente ao tratamento, que, em geral, é longo – em torno de dois anos, quando é efetivo, ou por mais tempo, quando a resposta é insatisfatória. Por esse motivo, passaram a ser a primeira escolha no tratamento farmacológico do TOC, suplantando o uso da clomipramina.

A eficácia dos medicamentos

Os medicamentos são efetivos para 40 a 60% dos pacientes, e são a primeira escolha, quando, além do TOC, existem outros problemas associados (co-morbidades), como depressão e ansiedade intensas, o que é muito comum. Também é usual iniciar-se com medicamento quando os sintomas OC são muito graves ou incapacitantes, e o paciente não tem condições de realizar os exercícios sugeridos na terapia. Contudo, freqüentemente eles provocam efeitos colaterais indesejáveis, embora os mais modernos sejam melhor tolerados. O maior problema que eles apresentam é o fato de raramente eliminarem por completo os sintomas, o que ocorre com apenas 20% dos pacientes que utilizam medicamentos. Na maioria das vezes, a redução obtida é parcial, persistindo alguns sintomas, embora em menor intensidade. Uma pesquisa observou que preditores de uma boa resposta ao tratamento medicamentoso com clomipramina foram o curso episódico, a ocorrência de efeitos colaterais precoces, a presença de fenômenos sensoriais precedendo as compulsões e o fato de ter um companheiro. Início precoce e co-morbidade com tiques não foram associados a uma menor resposta em outros estudos.[88-90] Uma resposta pior ao tratamento medicamentoso foi predita quando o paciente era portador de transtorno da personalidade esquizotípica, apresentava compulsões e quando a doença era de longa duração.[88] No Capítulo 19, abordaremos, de forma mais extensa, o uso de medicamentos no tratamento do TOC, com orientações mais detalhadas sobre essa modalidade de tratamento.

Quando se deve usar medicamentos?

Embora a regra seja, sempre que possível, associar medicamentos e TCC no tratamento do TOC, os psicofármacos são a alternativa preferencial para pacientes cujos sintomas sejam muito graves ou incapacitantes e cujas rotinas de vida ou relações interpessoais estejam muito comprometidas pelos sintomas. Esses pacientes, em geral, têm dificuldades em aderir aos exercícios da terapia e, por esse motivo, é recomendável que se inicie o tratamento usando antiobsessivos até que eles tenham condições fazer os exercícios.

Os medicamentos também são preferidos quando os pacientes, além dos sintomas do TOC, apresentam depressão associada, o que ocorre em aproximadamente 40% dos pacientes, ou são portadores de outras psicopatologias (co-morbidades), como transtorno do pânico, ansiedade generalizada, transtorno da personalidade *borderline* ou esquizotípica.[91,92] São, ainda, o tratamento preferido para aqueles pacientes que apresentam, predominantemente, obsessões não-acompanhadas de rituais e ruminações obsessivas muito intensas, com convicções muito fortes e arraigadas sobre o conteúdo das suas obsessões. Muitos pacientes não se adaptam à terapia cognitivo-comportamental, pois não aderem aos exercícios de exposição e prevenção de rituais, seja pelo temor de que haja aumento insuportável da ansiedade, seja porque não são suficientemente disciplinados e persistentes para fazer as tarefas de casa, ou apenas porque, em sua localidade ou nos serviços de saúde que freqüentam, a terapia cognitivo-comportamental não é oferecida. Para eles, os medicamentos também são a escolha preferencial e, eventualmente, a única disponível, principalmente no início do tratamento.

As principais vantagens dos medicamentos são a facilidade do uso, o fato de serem obtidos em qualquer lugar e de não exigirem treinamento especial por parte do médico para prescrevê-los, como seria o caso da TCC. O ideal é que sejam utilizados em conjunto com a TCC, já que a associação parece ser mais efetiva do que o uso isolado de uma ou de outra modalidade, como comentamos. A manutenção do medicamento antiobsessivo parece exercer efeito protetor para recaídas, especialmente se usado em doses elevadas e a longo prazo.[93]

O uso de medicamentos é preferido quando:

- Os sintomas OC são muito graves.
- Existem co-morbidades (depressão, tiques, transtornos de ansiedade, etc.).
- Predominam obsessões.
- Sintomas graves de ansiedade ou depressão estão presentes.
- As convicções (crenças) sobre as obsessões e a necessidade de realizar rituais são muito fortes ou arraigadas.
- Houve insucesso em tentativas prévias de realizar a TCC.
- O paciente não adere aos exercícios da terapia de EPR e não tem motivação pra fazer TCC.

Limitações dos medicamentos

O uso de medicamentos tem alguns inconvenientes. O maior deles é a resposta incompleta que a maioria dos pacientes apresenta. Como comentamos, uma minoria de pacientes que usam medicamentos, em torno de 20%, obtém remissão completa dos sintomas, e a maioria segue com sintomas residuais, mesmo depois de longos períodos de tratamento. Além disso, muitos não toleram os efeitos colaterais, que são bastante comuns, ou simplesmente não aceitam, por uma questão de princípios, usar medicamentos. Acreditam que o remédio pode viciar, que são mais fracos se precisam de remédios, que o medicamento é uma muleta ou que não tolerarão os efeitos colaterais. Um outro inconveniente são as recaídas, que são muito comuns após a suspensão do uso dos medicamentos.[94] Finalmente, deve-se salientar que a eficácia dos antiobsessivos fica comprometida quando há co-morbidades como tiques, transtorno de Tourette, psicoses ou transtorno bipolar – situação na qual, eventualmente, está contra-indicada a utilização de antidepressivo, pelo risco de viradas maníacas. Nas demais condições mencionadas deve-se associar fármacos da classe dos neurolépticos.

A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DA RESPOSTA (EPR) E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A descoberta, pelos ingleses, do fenômeno da habituação, que descrevemos no capítulo anterior, deu margem a que se passasse a usar a *exposição* e a abstenção de executar rituais, denominada de *prevenção da resposta*, no tratamento dos sintomas OC (os rituais dentro da perspectiva comportamental são considerados uma resposta a um estímulo – as obsessões). De fato, as primeiras pesquisas realiza-

das em ambiente hospitalar revelaram que o uso dessas duas técnicas associadas eliminava rapidamente os sintomas, e os pacientes permaneciam assintomáticos mesmo depois de longos períodos de acompanhamento. Por sua eficácia comprovada, a terapia de EPR passou a ser adotada como um dos tratamentos de primeira linha para o TOC, em vários países, desde o final da década de 1970. Mais recentemente, esse enfoque vem sendo modificado, na medida em que vêm sendo também valorizados os pensamentos catastróficos e as crenças distorcidas, subjacentes aos sintomas OC, e sendo adotadas técnicas cognitivas para a sua correção, denominada, preferencialmente, de terapia cognitivo-comportamental (TCC), como comentamos. Curiosamente, é uma modalidade de terapia que também foi primeiramente utilizada no tratamento da depressão, como ocorreu com os antiobsessivos.

O QUE SÃO A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DA RESPOSTA (OU DE RITUAIS) E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

O termo "comportamental" refere-se ao uso de métodos que têm por objetivo mudar comportamentos. A terapia comportamental é um tipo de tratamento que faz uso desses métodos e que parte do princípio de que a origem dos sintomas é decorrente de aprendizagens defeituosas ou errôneas, e de que os mesmos princípios que explicam sua origem podem ser utilizados para tratá-los. No caso do TOC, na origem das obsessões estariam condicionamentos do tipo pavloviano e, na sua manutenção, estaria uma modalidade de aprendizagem denominada condicionamento operante: os rituais são realizados devido à sua função de aliviar a ansiedade, o que é considerado um reforço negativo, pois eliminam um desconforto, como explicamos no capítulo anterior, quando falamos de fatores psicológicos influenciando o aparecimento e a manutenção dos sintomas OC.

A terapia comportamental usa como estratégia para romper esse ciclo eliminar os fatores que perpetuam os sintomas, por meio de uma nova aprendizagem – a habituação (ou a extinção). Faz isso por meio de duas técnicas em especial: propondo que o paciente, de forma gradual, entre em contato direto com os objetos, locais ou situações que provocam medo ou desconforto (*exposição*) e que deixe de executar rituais e outras manobras que aliviam ou neutralizam o desconforto (*prevenção de rituais ou prevenção de resposta*).

A terapia de exposição e prevenção de rituais (EPR) é a técnica psicoterápica mais utilizada no tratamento do TOC e vem sendo empregada com sucesso há mais de 30 anos. No presente livro, vamos utilizar as duas expressões "prevenção de rituais" e "prevenção da resposta", embora a primeira seja de mais fácil compreensão pelo leitor, porém menos precisa, pois não engloba outras formas mais sutis utilizadas para neutralizar o desconforto ou reduzir os medos.

A terapia cognitiva é uma modalidade de terapia que envolve um conjunto de explicações sobre a origem e a manutenção dos transtornos mentais e de técnicas para modificá-los. Parte do pressuposto de que pensamentos e crenças distorcidos ou errados podem influenciar nossas emoções e o nosso comportamento, sendo responsáveis pelo aparecimento dos sintomas. No tratamento, procura-se identificar tais crenças distorcidas e corrigi-las, por meio de técnicas cognitivas apropriadas, que usam essencialmente o raciocínio lógico com o objetivo de eliminar os sintomas que provocam.

Embora seja utilizada por muitos com a denominação de "terapia cognitiva", como ela incorpora técnicas comportamentais, vem sendo cada vez mais adotada a designação "terapia cognitivo-comportamental" ou, abreviadamente, "TCC", modalidade na qual os dois tipos de técnicas, comportamentais e cognitivas, são utilizados de forma combinada e integradamente.

Inicialmente, a TCC foi utilizada com sucesso no tratamento da depressão. Posteriormente, algumas de suas concepções e técnicas foram adaptadas para a abordagem terapêutica de outros transtornos mentais, como transtornos de ansiedade – fobias, pânico, TOC –, transtornos da alimentação, e na prevenção de recaídas de dependentes químicos, entre outros.

No caso do TOC, o termo "cognitivo" refere-se a certas técnicas que auxiliam na correção de crenças e pensamentos distorcidos ou errados, comuns em seus portadores, como exagerar o risco de contrair doenças, supervalorizar o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo, exagerar na importância de ter certeza ou no perfeccionismo, por exemplo. Essas técnicas são de introdução mais recente na abordagem do TOC e complementam a terapia de EPR. O acréscimo do enfoque cognitivo enriquece a compreensão dos fenômenos OC e reduz o grau de aflição desencadeado pelos exercícios EPR da terapia comportamental, o que parece favorecer a adesão dos pacientes.

Como é a terapia cognitivo-comportamental do TOC na prática?

Na TCC para o TOC, o paciente aprende inicialmente o que é o TOC, o que são obsessões, compulsões, evitações e a relação entre elas. Fica conhecendo um pouco do que se sabe sobre as causas do TOC e sobre as formas existentes para eliminar os sintomas. Caso aceite realizar a TCC, a pessoa elabora uma lista dos seus sintomas, aprendendo a identificar suas obsessões, compulsões e evitações. Com o auxílio do terapeuta, são combinados exercícios graduais de EPR para serem feitos em casa e/ou no intervalo entre as sessões. O paciente também aprende várias técnicas que auxiliam a corrigir suas crenças distorcidas e passa a usá-las ao mesmo tempo que faz os exercícios de EPR. No início da terapia, geralmente há um aumento da ansiedade – perfeitamente suportável –, seguido de redução da intensidade das obsessões e da necessidade de fazer os rituais. As sessões, em geral, são semanais. Quando os sintomas são leves ou moderados e não existem co-morbidades associadas, a TCC costuma ser breve, durando entre 10 e 15 sessões, embora os especialistas recomendem que sejam feitas entre 13 a 20.[82]

Inúmeros estudos realizados ao longo destes últimos 40 anos têm demonstrado que a TCC é um tratamento efetivo para os sintomas do TOC, tanto na forma individual como em grupo.[72-74; 83-85;95-104] Cerca de 70% ou mais dos que realizam TCC podem obter redução satisfatória ou até a eliminação completa dos sintomas.[101] Ela é efetiva especialmente quando predominam rituais, quando o paciente não é portador de outras condições psiquiátricas graves e quando se envolve de forma efetiva e rápida nas tarefas de casa, parte fundamental dessa forma de tratamento. Estudos mais recentes têm demonstrado que a redução dos sintomas com a TCC, sobretudo quando predominam compulsões, é maior do que a diminuição que se obtém com o uso dos medicamentos, e, aparentemente, as recaídas são menores.[83,84,105] Também tem sido observado que pacientes que não respondem aos medicamentos podem apresentar boa resposta com a TCC.[106-108]

A terapia cognitivo-comportamental é a escolha preferencial quando

- O paciente não aceita utilizar medicamentos ou existem contra-indicações para o seu uso.
- Predominam rituais de lavagem, verificações, repetições ou comportamentos evitativos.
- Os sintomas não são demasiadamente graves ou incapacitantes, que impeçam a realização das tarefas de EPR.
- Inexistem co-morbidades graves (depressão ou ansiedade, tiques, transtorno de humor bipolar, psicoses, retardo mental).
- O paciente está motivado para realizar a TCC e tem condições de tolerar aumentos passageiros de ansiedade, decorrentes das tarefas e dos exercícios de EPR.
- Existe terapeuta disponível.

A TCC também é uma alternativa interessante para aqueles que obtêm resposta parcial com o uso de psicofármacos, pois está bem documentado que ela pode acrescentar benefícios para esse tipo de pacientes.[101,106-108]

Contra-indicações

A TCC tem uma grande chance de não ser efetiva quando o paciente apresenta alguma das condições mencionadas no quadro a seguir.

Algumas dessas condições foram discutidas detalhadamente no Capítulo 2.

Contra-indicações da TCC no TOC

- Depressão grave ou ansiedade intensa associadas.
- Crenças muito intensas e arraigadas sobre o conteúdo das obsessões.
- Falta de *insight* sobre os sintomas: o paciente está muito convencido de que suas crenças são verdadeiras e não tem dúvidas de que deve executar seus rituais.
- Sintomas demasiadamente intensos e incapacitantes, impedindo o paciente de realizar as tarefas de EPR.
- Presença de tiques ou transtorno de Tourette (a terapia funciona para os sintomas OC, mas não para os tiques ou o TT).
- Transtornos da personalidade: esquizotípica, esquizóide, anti-social ou *borderline*.
- Psicoses.
- Retardo mental.
- Crise aguda de transtorno bipolar.
- Dependência de substâncias.
- Baixa tolerância à frustração (comum em indivíduos com personalidade *borderline*, transtorno bipolar ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade).
- Falta de motivação e não-adesão aos exercícios.

Questões em aberto

Apesar de um bom número de pacientes se beneficiar da TCC, os índices de abandono do tratamento, em geral, são elevados, e muitos pacientes são refratários por razões que não se explicam. O maior problema da TCC é a adesão aos exercícios. Como eles resultam em aumento da ansiedade, muitos pacientes têm receio de realizá-los e acabam abandonando o tratamento. Não têm sido desenvolvidos novos métodos para tratar os pacientes refratários ao tratamento, o que se constitui em um problema em aberto. Uma questão que também segue em aberto é o problema das co-morbidades que são uma situação comum na prática clínica.[109]

Um problema de ordem prática é o fato de a TCC ser um método pouco conhecido e ainda pouco utilizado em nosso meio, pois ainda são raros os profissionais que se capacitaram para aplicá-lo. Uma vez que tanto os medicamentos como a terapia têm suas limitações, recomenda-se, na prática, sempre que possível, associá-los. Estudos mais recentes têm comprovado que, de fato, os resultados são melhores quando as duas modalidades de tratamento são associadas, pelo menos, em algumas condições. [84,106,107]

Também têm sido apontadas algumas vantagens da terapia de EPR ou da TCC em relação aos medicamentos. Tem-se observado, por exemplo, que ela é mais efetiva do que a farmacoterapia, especialmente em reduzir as compulsões; a intensidade da diminuição dos sintomas também é maior, um número maior de pacientes consegue a remissão completa dos sintomas, e as recaídas, a longo prazo, são menores.[84,85]

OUTRAS PSICOTERAPIAS

Não existem estudos controlados que demonstrem a efetividade da terapia psicodinâmica em reduzir os sintomas OC. Essa modalidade de terapia pode, eventualmente, ser útil para ajudar os pacientes a vencerem sua resistência em aceitar o tratamento recomendado, esclarecendo as razões pelas quais podem querer permanecer onde estão (ganhos secundários), para ajudar a lidar com as conseqüências dos sintomas OC que ocorrem nas relações interpessoais ou para tratar eventuais resistências para iniciar a TCC, que podem ocorrer em portadores de determinados transtornos da personalidade. A entrevista motivacional pode ajudar o paciente a vencer as resistências ao tratamento, e a terapia familiar pode ser útil para reduzir as tensões familiares que agravam os sintomas e, ao mesmo tempo, auxiliar o grupo familiar a cooperar, de forma construtiva, com o tratamento.

OUTROS TRATAMENTOS

Infelizmente, é muito comum a não-resposta a essas duas alternativas de tratamento: a TCC e os medicamentos antiobsessivos. Nesses casos, existem algumas estratégias que podem ser utilizadas. Porém, antes, é importante revisar o diagnóstico para verificar se está correto e se não existem problemas que possam estar interferindo no tratamento. É importante verificar se o paciente realmente está aderindo a ele e se as doses e o tempo de uso do medicamento são os recomendados. Com relação ao tratamento medicamentoso, pode-se tentar um segundo ou até um terceiro medicamento, sendo pelo menos um deles a clomipramina. Além disso, podem ser feitas combinações de dois inibidores da recaptação da serotonina (um deles a clomipramina), ou de um inibidor com neurolépticos como a risperidona ou outros antipsicóticos atípicos (quetiapina, aripriprazol), recomendando-se sempre a associação com TCC. Se, mesmo depois de todas essas tentativas pelo tempo e na dose recomendados, os sintomas continuarem graves, existe a alternativa da neurocirurgia. Maiores informações sobre essas alternativas serão apresentadas e discutidas no Capítulo 19.

Como forma de incrementar a efetividade da TCC, quando há grande envolvimento (acomodação) da família, podem ser realizadas sessões com os familiares. Nos casos mais graves, a terapia pode ser feita com sessões diárias, na residência da família, assistida pelo terapeuta ou por um auxiliar treinado, ou em internação hospitalar, com o auxílio de toda a equipe médica e de enfermagem que, nesse caso, deve ter treinamento prévio para tal fim.

RESUMO E DESTAQUES

- As duas modalidades preferenciais de tratamento para os sintomas do TOC são os medicamentos que inibem a recaptação da serotonina e a EPR ou a TCC.
- Os medicamentos são preferidos quando o paciente apresenta co-morbidades associadas, como depressão grave ou ansiedade intensa, tiques ou transtorno de Tourette, transtornos da personalidade (esquizotípica ou *borderline)*; quando os sintomas são muito intensos e incapacitantes impedindo o paciente de realizar as tarefas de EPR e quando o paciente não tem motivação ou não adere aos exercícios da TCC. Sua principal vantagem é a facilidade de administração. Entre as principais desvantagens, estão a pouca eficácia e os efeitos colaterais.
- A terapia cognitivo-comportamental ou TCC é um tratamento considerado de primeira linha para os sintomas OC. É bastante efetiva quando predominam rituais de lavagem, verificações, repetições ou comportamentos evitativos; quando o paciente apresenta *insight* sobre seus sintomas e suas convicções não são muito rígidas; quando adere rapidamente às tarefas de EPR; quando os sintomas não são demasiadamente graves ou incapacitantes e quando não existem co-morbidades graves associadas.
- Recomenda-se, sempre que possível, associar as duas modalidades de tratamento. Dessa forma, atua-se tanto nos fatores biológicos (neuroquímica cerebral), como nos fatores de natureza psicológica (aprendizagens e crenças disfuncionais).

parte II

A terapia cognitivo-comportamental do TOC

Capítulo 6

A TERAPIA COMPORTAMENTAL DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS

A efetividade da terapia de exposição e prevenção de respostas ou de rituais (EPR) em reduzir os sintomas OC foi largamente comprovada tanto em pesquisas como na prática clínica, e é considerada um dos tratamentos de primeira linha para o TOC, junto a clomipramina e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs). Descreveremos as origens da terapia de EPR e como ela é realizada na prática. Descreveremos suas bases empíricas, bem como seus fundamentos teóricos. Dentre eles, destacaremos um tipo especial de aprendizagem: a habituação – fenômeno que se supõe ser o responsável pela eliminação dos sintomas com a realização dos exercícios de EPR. Ao final, discutiremos os alcances e os limites dessa modalidade de terapia e mencionaremos suas indicações e as contra-indicações.

UM BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA DE EPR

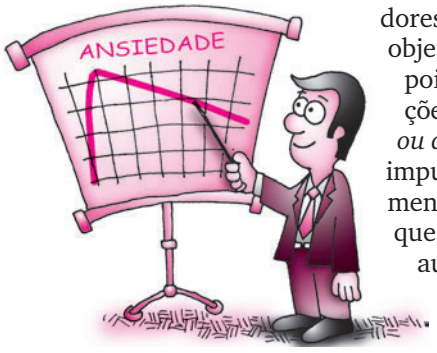
A terapia comportamental é um método de tratamento que tem por objetivo a modificação de comportamentos considerados inadequados ou patológicos. Está embasada nas diferentes formas de aprendizagem e nas suas leis, estabelecidas, em geral, em laboratório, em experimentos com animais e, posteriormente, aplicadas ao tratamento de diversos problemas clínicos e de transtornos psiquiátricos. Uma das primeiras aplicações clínicas da terapia comportamental, talvez a mais conhecida e a mais bem-sucedida, foi desenvolvida por Joseph Wolpe, médico sul-africano que depois se mudou para os Estados Unidos. Ainda na década de 1950, Wolpe procurou aplicar os princípios da aprendizagem da escola comportamental na solução de problemas clínicos. Submetendo gatos a choques elétricos em gaiolas, fazia com que passassem a apresentar medo (fobias) e depois evitassem entrar nelas. Entretanto, alimentando os animais em gaiolas bastante diferentes daquelas onde haviam recebido os choques, paulatinamente, perdiam o medo e entravam para apanhar a comida. Wolpe alimentava os gatos em gaiolas cada vez mais parecidas com aquela em que haviam desenvolvido o medo até que, finalmente, entravam também nela. Acreditava que isso ocorria porque o desejo pela comida era mais forte que o medo, prevalecendo o primeiro, ou seja, o impulso mais forte inibia o mais fraco e acabava prevalecendo, princípio que chamou de "inibição recíproca". A partir dessas experiências com animais, passou a tratar, com sucesso, humanos que apresentavam fobias, com uma técnica que chamou de "dessensibilização progressiva", da qual fazia parte a exposição, seja em imaginação, seja ao vivo, e, como estímulo inibidor da ansiedade, o relaxamento muscular e a respiração controlada.

Fobias são medos persistentes e excessivos de lugares, objetos ou de situações que, na realidade, não são perigosos, como ratos, baratas, lugares fechados, alturas, dentistas, sangue ou ferimentos, entre outros. Esses medos levam as pessoas a evitar sistematicamente tais lugares ou situações, mesmo reconhecendo não ser esta uma atitude racional. O TOC tem em comum com as fobias a presença de medos excessivos, seguidos de rituais e da evitação. Por esse motivo, ainda no final da década de 1950, e, de forma mais intensiva, no início da década de 1970, procurou-se adaptar as técnicas utilizadas por Wolpe para tratar fobias ao tratamento dos sintomas do TOC. Essa modalidade de terapia ficou conhecida na literatura como *terapia de exposição e prevenção de respostas (EPR)*.[95-100] A expressão "prevenção de respostas" refere-se à função da evitação ou dos rituais, que, na perspectiva da teoria da aprendizagem, são considerados "respostas" às obsessões (pensamentos, imagens ou

impulsos invasivos). Utiliza-se também a expressão "terapia de exposição e prevenção de rituais", que será, eventualmente, utilizada neste livro, como sinônimo de prevenção de respostas, por ser mais direta e de mais fácil compreensão, embora compreenda uma gama menor de fenômenos.

É interessante relembrar rapidamente alguns conceitos que descrevemos no Capítulo 4, quando abordamos os fatores psicológicos e sua importância na origem e na manutenção dos sintomas OC, mais especificamente a questão da relação funcional entre os rituais e as obsessões e o fenômeno da habituação.

No início da década de 1970, Hogdson e Rachman fizeram os experimentos nos quais observaram a função de reduzir a ansiedade dos rituais, como descrevemos.



Röper, Hogdson e Rachman, entre outros, solicitaram que pacientes portadores de TOC "lavadores", voluntários, tocassem de forma prolongada nos objetos que evitavam (*exposição*) e que se abstivessem de lavar as mãos depois; ou que "verificadores", também voluntários, evitassem fazer verificações quando sua mente fosse invadida por uma dúvida (*prevenção de ritual ou de reposta*). Verificaram que ocorria um aumento súbito da ansiedade e do impulso de realizar o ritual, seguido da diminuição gradual até o desaparecimento completo tanto da aflição como da necessidade de executar os rituais, que levava entre 15 e 180 minutos. A cada repetição do exercício, tanto o aumento da ansiedade era menor como o impulso de executar o ritual, tendendo, ambos, a se extinguirem com o tempo.[61-63] Caso você não lembre, reveja a Figura 4.1 da página 44.

Os primeiros ensaios clínicos

A terapia de EPR foi introduzida no tratamento do TOC no final da década de 1950, por Meyer. Meyer tentara, com sucesso, em laboratório, fazer com que os ratos que haviam adquirido medo de entrar em gaiolas em virtude de ter recebido choques em certas áreas, vencessem esses medos, conduzindo-os, com as mãos, para as áreas evitadas. A partir dessas experiências, tratou, também com sucesso, dois pacientes, usando a exposição e a prevenção de rituais, mas esse relato ficou esquecido por quase uma década. A partir dos experimentos de Hogdson, Röper e Rachman, que comprovaram o desaparecimento dos sintomas com a exposição e abstenção de rituais em voluntários, relatos de casos isolados foram publicados no início dos anos 1970, utilizando várias técnicas comportamentais – dessensibilização, exposição ao vivo e na imaginação, relaxamento muscular –, com o intuito de identificar os componentes críticos que determinavam a redução dos sintomas, os quais, até então, não estavam bem-esclarecidos. Dois estudos se destacaram porque foram realizados em ambiente hospitalar, utilizando, de forma intensiva, as técnicas de exposição e prevenção de respostas para tratar pacientes portadores de TOC, e tiveram forte impacto no tratamento do transtorno nos anos que se seguiram. Vejamos esses dois experimentos.

Em 1974, Meyer e colaboradores trataram, em ambiente hospitalar e de forma intensiva, 15 pacientes e, em 1975, Marks e colaboradores trataram 20 pacientes com essa mesma abordagem.[98, 99] Ambas as pesquisas tiveram sucesso em eliminar os sintomas OC em um período relativamente curto, de 4 a 12 semanas. Acompanhados por períodos de até cinco anos, muitos desses pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois.

Dessa forma, a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves foi definitivamente comprovada, passando a terapia de exposição e prevenção de rituais a constituir um dos tratamentos de escolha para o TOC.

Depois dessas primeiras experiências, seguiram-se outras pesquisas realizadas em vários países, que utilizaram a mesma forma de tratamento, comprovando, definitivamente, a efetividade dessa modalidade de terapia em reduzir os sintomas do TOC.[100-109] A um período inicial de entusiasmo seguiu-se uma certa estagnação, visto que a terapia de EPR era ineficaz no tratamento de pacientes que apresentavam, predominantemente, obsessões. Além disso, o número de abandonos de tratamento era alto, e muitos pacientes não o aceitavam ou não aderiam aos exercícios. Fruto dessas preocupações, e com o objetivo de resolver os problemas apontados, na década de 1990 passaram a ser agregadas as técnicas cognitivas, que serão descritas mais adiante, e que foram definitivamente

incorporadas ao tratamento, passando a terapia de EPR a ser denominada terapia cognitivo-comportamental (TCC), como já comentamos.

Mas por que os sintomas do paciente desaparecem com a terapia de EPR? Vejamos as explicações que são propostas.

OS FUNDAMENTOS DA TERAPIA DE EPR

A terapia comportamental de EPR fundamenta-se em uma modalidade de aprendizagem e de mudança de comportamento mais geral denominada *habituação*, que, como já foi mencionado, é uma característica dos seres vivos, desde os insetos até o homem. Procura, ainda, cortar o círculo vicioso representado pelo alívio dos sintomas (reforço negativo), obtido com todas as manobras de neutralização, mas, especialmente, pelos rituais e pela evitação, responsáveis pela perpetuação dos sintomas OC. A interrupção desse circuito dá margem a uma nova aprendizagem, pois os objetos, as situações ou os outros estímulos que provocam medo deixam gradualmente de provocá-lo, tornando-se estímulos neutros, e novas associações entre tais estímulos e emoções (ausência de medo, por exemplo) são estabelecidas. A memória anterior (estímulo e medo) passa a ser substituída por uma nova memória.[64] Esses são alguns dos mecanismos que, segundo o que se acredita, sejam os responsáveis pelo desaparecimento dos sintomas na terapia de EPR. Mudanças cognitivas nos pensamentos e nas crenças errôneas ou distorcidas também podem desempenhar um papel importante e serão descritos mais adiante. Neste capítulo, vamos nos deter um pouco mais no fenômeno da habituação, que mencionamos no Capítulo 4 como uma forma de aprendizagem.

A habituação

A habituação é uma forma de aprendizagem essencial para a nossa própria sobrevivência. Sem esse mecanismo, do qual a natureza nos dotou, a vida seria insuportável. Imagine o que seria de nós se todas as reações de medo, angústia ou desconforto nunca desaparecessem. Vamos nos deter um pouco mais na descrição desse fenômeno, pois compreendê-lo é essencial para você acreditar que pode fazer a terapia e motivar-se a iniciá-la.

Mas o que é a habituação? Diariamente, somos expostos a estímulos incômodos, tais como o calor, o frio, o barulho do ar-condicionado, do ventilador ou da geladeira (caso sejam barulhentos), com os quais, depois de um certo tempo, geralmente, acabamos por nos acostumar. Em um dia frio, ao entrar na piscina ou no mar, leva-se um "choque" térmico nos primeiros minutos, fica-se tremendo de frio, sensação que vai passando aos poucos. Um fenômeno semelhante ocorre quando entramos em um lugar barulhento, como um bar, uma festa, uma boate, sentimo-nos mal no início, devido ao barulho, mas, depois de alguns minutos, nos acostumamos. É difícil entender como pessoas que residem ao lado de uma indústria química que exala forte cheiro de amônia, de um aviário ou de uma pocilga não sentem mais o mau cheiro exalado do local, o que qualquer estranho percebe. Ou como algumas pessoas podem morar ao lado da pista de um aeroporto, sem se incomodarem com o ruído das turbinas dos jatos. Em todos esses exemplos, estamos diante do conhecido fenômeno da *habituação*. Fenômeno semelhante foi observado em praticamente todos os animais, vertebrados e invertebrados: gatos, macacos, pássaros, vermes, moluscos e até em insetos, como moscas e baratas.

Como o medo pode desaparecer

A habituação nos interessa particularmente, pois ela também ocorre para as reações de medo ou nojo – é um mecanismo natural que faz com que essas reações desapareçam paulatinamente. Diante de situações de ameaça, a natureza dotou todos os animais de reações de defesa, como forma de preservar a própria vida e a espécie. Tais reações são automáticas: aumentar os batimentos cardíacos, diminuir o tempo de coagulação do sangue e concentrá-lo nos músculos e no cérebro, enrijecer os músculos, dilatar as pupilas para nos prepararmos para a luta ou para a fuga. Uma vez confirmado que não existe um perigo real, se a pessoa permanecer em contato com a situação que provoca tais

reações, aos poucos elas vão desaparecendo. Quando se aprende a nadar, a pular do trampolim, a andar de bicicleta, a dirigir um carro, tem-se esse tipo de reação de medo, que vai desaparecendo na medida em que se repete o exercício. Se você comparar essas reações com o que aconteceu com os pacientes portadores de TOC, experiência que relatamos no Capítulo 4, quando foi solicitado que se abstivessem de lavar as mãos depois de tocar em objetos "contaminados" ou de fazer verificações quando eram compelidos a realizá-los, concluirá que são reações muito semelhantes. Contudo, foi em um molusco que elas foram estudadas em detalhe, inclusive nas alterações bioquímicas que ocorrem no interior das células do seu sistema nervoso simples.

Um molusco que perde o medo: a neuroquímica da habituação

As reações de defesa foram estudadas por um pesquisador, que recebeu o prêmio Nobel, chamado Eric Kandel, junto com seu colega Larry Squire, no molusco marítimo *Aplysia Californica*.[110] Esse molusco tem uma reação bastante típica diante de situações de perigo em potencial: sempre que alguma parte do seu organismo é tocada (sifão, manto, guelras), ele se recolhe para dentro da concha para se proteger. Kandel e Squire observaram que, tocando no sifão com um pincel, o *Aplysia* recolhia o manto e as guelras. Se os toques eram repetidos algumas vezes, a reação de defesa diminuía progressivamente até desaparecer, como se o molusco perdesse o medo. É o fenômeno da habituação em um molusco.

Na experiência citada, os autores observaram, ainda, que a habituação era de curta duração: durava de 10 a 15 minutos após 10 toques; mas, se o molusco havia sido submetido durante 4 dias a 10 toques de cada vez, permanecia até três semanas sem esboçar a reação de proteção (perdia o medo por mais tempo). Os autores puderam verificar também que, na memória (habituação) de curto prazo, havia diminuição da quantidade de neurotransmissores liberados na sinapse nervosa e, na habituação de longo prazo, ocorria uma redução mais permanente do número de receptores pré-sinápticos, que, quando estimulados, liberam serotonina.[110]

Atualmente, sabe-se que existe um tipo de memória – denominada memória de procedimentos ou memória implícita – que é inconsciente e está relacionada à aquisição (aprendizagem) de medos e sua conseqüente generalização para outras situações ou a extinção de medos, pelo fenômeno da habituação. Esse tipo de memória pode ser de curto ou de longo prazo, dependendo do número de exposições e de sua duração.[110]

O que é a habituação?

Habituação é, portanto, a diminuição espontânea e progressiva das respostas a situações ou a estímulos não-nocivos (som, ruído, cheiro, nojo, repugnância, dor, aflição, medo), quando se permanece em contato direto ou de forma repetida durante o tempo necessário.[110] A cada nova exposição, a intensidade do medo ou do desconforto é menor, podendo, com as repetições, desaparecer por completo. Esse fenômeno ocorre em portadores do TOC quando tocam nos objetos que evitam ou deixam de fazer os rituais, e constitui a base das técnicas comportamentais de exposição e prevenção de respostas (deixar de fazer no momento em que se sente compelido).[111] A técnica de exposição, tanto na imaginação como ao vivo, foi desenvolvida inicialmente para o tratamento de fobias, quadros em que o medo de lugares, objetos ou animais e a sua evitação são as características predominantes. Juntamente com a prevenção de respostas, passou a constituir a terapia de EPR do TOC, tendo como fundamento o fenômeno da habituação.

A TERAPIA COMPORTAMENTAL: AS TÉCNICAS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS

Os dois recursos cruciais para se vencer o TOC são a exposição e a prevenção de resposta ou de rituais (EPR). Vamos descrevê-los de forma mais detalhada, com exemplos de como são utilizados na prática.

Exposição



A exposição (enfrentamento) é o principal recurso de que se dispõe para perder medos. É a técnica central utilizada no tratamento dos medos que ocorrem em diversos quadros fóbicos, como nas fobias específicas (medos de insetos, animais, alturas, dentista, sangue e ferimentos, etc.), na fobia social (medo de se expor diante de outras pessoas) e no transtorno de pânico (agorafobia – medo de aglomerações). No TOC, também existem medos excessivos e muitas vezes sem motivo, dos quais a pessoa se livra utilizando um recurso errado: evitando freqüentar certos lugares (hospitais, banheiros públicos, cemitérios) ou tocar em determinados objetos (maçanetas de porta, interruptores de luz ou do elevador, corrimãos, bancos de ônibus, etc.).

Exposição consiste no contato direto ou imaginário com objetos, lugares ou situações que não são perigosos, mas dos quais a pessoa tem medo ou evita porque geram desconforto, nojo ou repugnância. É a técnica mais efetiva para o tratamento de pacientes que têm obsessões com sujeira, germes, contaminação e, em razão disso, realizam lavagens excessivas (das mãos, do corpo, das roupas). O efeito principal da exposição é o aumento instantâneo da ansiedade, que pode chegar a níveis bastante elevados nos primeiros exercícios, mas que, em seguida, começa a diminuir paulatinamente, até desaparecer. A cada exercício, os níveis de ansiedade são menores, e a necessidade de realizar rituais também diminui, podendo desaparecer por completo (Veja novamente a Figura 4.1.).

A exposição pode ser feita *in vivo*, quando há o contato físico direto com objetos, móveis, roupas, partes do corpo, locais evitados, etc., ou na imaginação, provocando intencionalmente a lembrança de pensamentos, frases, palavras, números, imagens ou cenas considerados horríveis e, por isso, normalmente afastados da mente. Em alguns casos, a exposição na imaginação é a única forma possível de tratamento, quando o que você teme são pensamentos ou cenas que invadem a mente e que não consegue afastar. Períodos longos de exposição são mais efetivos do que exposições breves e interrompidas. Exposições diárias são preferíveis nos casos mais graves. O ideal é que os exercícios durem entre uma e duas horas diárias (no mínimo, 45 minutos) ou até a ansiedade desaparecer por completo, o que às vezes ocorre em minutos. Os exercícios não devem ser interrompidos enquanto os níveis de ansiedade estiverem elevados.

Exemplos de exposição em casos de obsessão por sujeira ou contaminação

- Sentar em assentos de coletivos ou em sofás de salas de espera de clínicas.
- Encostar roupas usadas em roupas limpas.
- Usar a toalha ou o sabonete usados pelos demais membros da família.
- Sentar na cama ou no sofá da sala logo após chegar da rua.
- Tocar com as mãos a tampa do vaso, a torneira ou o botão de descarga em banheiros públicos.
- Usar banheiros públicos, evitando cobrir com papel quando não há sujeira visível.
- Tocar em maçanetas de portas, corrimãos de escadas.
- Tocar o lixo com as mãos.
- Tocar em manchas de origem desconhecida.
- Tocar em bolsas, chaves, carteiras, celulares de outras pessoas.
- Cumprimentar pessoas desconhecidas.
- Usar o telefone público.

Modelação

Seu terapeuta poderá fazer demonstrações de exposições no próprio consultório. Esse exercício se chama “modelação”. Algumas sugestões de exercícios a serem feitos no consultório são: tocar com um dedo na ponta dos sapatos e depois tocar na roupa, andar com os pés descalços no carpete ou no piso do banheiro do consultório, tocar no trinco da porta, na torneira ou na tampa do vaso do banheiro, tocar na sola dos sapatos e “espalhar a contaminação” pelo corpo, tocar no lixo, em dinheiro, etc., sempre se abstendo de lavar as mãos depois. O terapeuta faz primeiramente o exercício, e você o

imita depois. Muitos medos são perdidos a partir da observação de outras pessoas: pular do trampolim na piscina, provar uma comida desconhecida, subir em lugar alto ou difícil, entrar no mar em lugar desconhecido. No caso do TOC, você pode perder medos ao observar outras pessoas lidando com os objetos ou com as situações evitadas sem sentir medo. A terapia em grupo para o TOC se vale desse recurso quando o exemplo de um paciente vencendo seus medos encoraja os demais.

Prevenção de respostas

A prevenção de respostas (ou de rituais) consiste em deixar de fazer um ritual, uma compulsão mental ou qualquer manobra destinada a reduzir ou a neutralizar a ansiedade, o desconforto ou o medo que acompanham as obsessões, bem como eliminar ou reduzir a possibilidade imaginária de que eventos ruins ou desastres aconteçam.

Nos capítulos que abordam o tratamento dos diversos sintomas do TOC há mais exemplos e sugestões de como usar as técnicas de exposição e prevenção de rituais.

Exemplos de prevenção de rituais

- Abster-se de lavar as mãos, o corpo ou a roupa após tocar ou encostar em objetos "sujos" ou "contaminados".
- Verificar a porta ou as janelas apenas uma vez antes de deitar ou ao sair de casa.
- Não fazer contagens enquanto realiza alguma tarefa.
- Não jogar fora objetos "contaminados" (roupas, bolsas, sapatos), continuando a utilizá-los.
- Não lavar as torneiras antes de usá-las; não usar papel para tocá-las.
- Não examinar os pratos, os copos e os talheres do restaurante nem passar o guardanapo neles antes de se servir.
- Não tentar afastar pensamentos "horríveis" da cabeça.
- Não repetir atos (usar uma roupa de uma determinada cor, tocar na madeira ou em uma laje específica), palavras ou frases destinadas a evitar que coisas ruins aconteçam.
- Não alinhar objetos, como roupas, toalhas, colchas, cadarços de sapato, etc.



Prevenção de rituais mentais: o exercício do "Pare"

A prevenção de compulsões mentais é mais complicada, pelo simples fato de que é mais difícil percebê-las, se comparadas a comportamentos motores mais complexos. As compulsões mentais mais comuns são: repetir frases ou palavras, rezar, contar, substituir pensamentos ruins por pensamentos bons, anular um pensamento ruim com um ritual motor (p. ex., repetir uma palavra, lavar a cabeça, rezar). Um exercício que pode interromper tais compulsões é o "Pare" (veja o Quadro 6.1, com os passos que você deve seguir). Ele favorece a exposição às obsessões, pois aborta uma manobra de neutralização – o ritual mental. O "Pare" também é utilizado para expor o indivíduo a dúvidas e a incertezas em situações em que fica repassando argumentos ou lembranças para ter certeza de que não disse ou fez algo errado, sem conseguir chegar a uma conclusão. Esse fenômeno é chamado de "ruminação obsessiva", comum em pacientes perfeccionistas ou verificadores, que só se sentem seguros tendo certeza, o que em geral é impossível. O "Pare" não deixa de ser uma prevenção de rituais, já que os interrompe, e, ao mesmo tempo, obriga o indivíduo a se expor ao que tenta evitar com a compulsão ou a ruminação. Também pode ser utilizado para cessar com-

pulsões comuns, especialmente aquelas que já se tornaram hábitos, que são realizadas de forma praticamente automática ou que não são precedidas de cognição (pensamento, idéia, lembrança, imagem), aflição ou desconforto (lavagens excessivas ou evitações).

O "Pare" pode, ainda, interromper certos rituais motores, que lembram tiques, e que são precedidos apenas por desconforto ou sensação física desagradável (fenômeno sensorial), como estalar os dedos, fechar os olhos com força, sacudir as pernas, olhar para o lado, dar uma batida, tocar, raspar, coçar o couro cabeludo, alinhar ou pentear os cabelos, mas não por pensamento de conteúdo catastrófico. O uso do "Pare" será abordado em maior profundidade mais adiante, no Capítulo 11.

Quadro 6.1
Passos do "Pare"

1. Anote as situações, os horários e os locais em que você executa rituais mentais ou quaisquer outros rituais de forma automática, ou fica "ruminando" dúvidas, buscando chegar a um estado de absoluta certeza, e prepare-se com antecedência para utilizar o exercício do "Pare".
2. Identifique tudo o que você repete mentalmente para afastar pensamentos impróprios (rituais mentais): palavras, frases, rezas, música, etc. ou o que fica argumentando mentalmente para ter certeza.
3. Ao perceber que está iniciando alguma dessas manobras (rituais mentais, ruminações ou rituais automáticos), repita em voz alta: "Pare!" ou "Pare com isso!", procurando interromper a compulsão ou a ruminação.
4. Juntamente com a frase, pode-se dar uma batida forte na mesa, bater palmas ou provocar outro estímulo, a fim de se distrair e cortar o fluxo do pensamento.
5. Por fim, procure distrair sua mente com outra idéia ou estímulo mais intenso (ler, ouvir música, ligar para um amigo, ver TV) ou envolver-se em uma tarefa prática, lembrando que a aflição desaparece naturalmente se você não ficar com sua atenção voltada para suas preocupações ou para seus pensamentos obsessivos ou se você desistir de querer ter certeza.

Observação importante: o "Pare" não deve ser usado para afastar pensamentos ruins ou impróprios.

ALGUMAS DÚVIDAS

Qual o risco de se expor ou se abster de realizar os rituais?

Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade, que ocorre ao realizarem os exercícios de exposição ou ao se absterem de praticar um ritual. A experiência tem demonstrado que o aumento da freqüência cardíaca, o aperto no peito, a falta de ar e até as tonturas que se observam às vezes não representam risco ao sistema cardiocirculatório (como provocar uma crise de angina ou infarto). Do mesmo modo, não há risco de ocorrer crise de loucura, de perder totalmente o controle de si mesmo ou de a ansiedade nunca passar. Lembre que tudo o que sobe, desce. E assim é com a ansiedade. Não existe ansiedade que não passe depois de um determinado tempo.

Com a eliminação de um sintoma pode aparecer outro em seu lugar?

Algumas pessoas perguntam se o fato de eliminar um sintoma não faz com que, automaticamente, surja outro em seu lugar. Era o que se pensava quando se supunha que os sintomas do TOC eram manifestações de conflitos inconscientes e que de nada adiantaria eliminá-los sem resolver sua causa mais profunda. Na verdade, isso nunca foi constatado, devendo, portanto, ser considerado um mito. Diversos estudos têm acompanhado os pacientes após o tratamento, por vários períodos, alguns por cinco anos ou mais, e constataram que as melhoras foram mantidas.[73] Um estudo recente, realizado em nossa área, acompanhou, por dois anos, pacientes que realizaram terapia cognitivo-comportamental.

Nenhum dos pacientes que obteve remissão completa ao final do tratamento recaiu durante o período.[112] Na verdade, observa-se no cotidiano que os medos enfrentados e perdidos (nadar na piscina, atirar-se de um trampolim, dirigir um carro) dificilmente voltam, sobretudo se a exposição continua sendo praticada. Observa-se, sim, no TOC, que o sintoma eliminado por completo, com os exercícios, normalmente não volta. É possível, também, que você tenha eliminado alguns sintomas, enquanto outros permaneceram inalterados ou tiveram apenas uma redução na sua intensidade, mas continuam presentes em algum grau. Com o passar do tempo, podem ocorrer recaídas, sobretudo daqueles sintomas que não foram eliminados por completo. Finalmente, é importante destacar que é comum o TOC, ao longo da vida, modificar os sintomas com que se apresenta.

COMO É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PRÁTICA?

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é, em geral, um tratamento breve. Calcula-se que seja necessário dedicar, pelo menos, uma hora por dia às tarefas, em um total de, no mínimo, 20 horas.[113] Aliás, essa terapia se distingue de outras modalidades, em grande parte pelos exercícios práticos que devem ser feitos em casa, no trabalho ou na rua, no intervalo entre as sessões, ou seja, pela intensa participação do paciente no tratamento.

Como são as sessões de terapia cognitivo-comportamental?

A TCC, como comentamos, é uma terapia de curta duração, focada nos sintomas do TOC. Em geral, cada encontro tem uma seqüência de tópicos previamente definidos, e nas sessões existe uma ordem de abordagem dos assuntos. Uma sessão de TCC inicia, geralmente, com a revisão do humor e dos sintomas. É usual que o terapeuta comece a sessão com alguma das perguntas a seguir:

- Como você está se sentindo hoje em relação ao seu bem-estar?
- Como está seu humor e sua ansiedade hoje e como estiveram durante a semana?
- Que nota você daria para cada um desses sintomas?
- Como estão seus sintomas do TOC (lavagem das mãos, verificações, etc.)? Aumentaram, diminuíram ou estão na mesma intensidade da semana passada?
- Que nota você daria para a intensidade das suas obsessões hoje?
- Quantas vezes você lavou as mãos no dia de hoje?
- O número aumentou, diminuiu ou é o mesmo da semana passada?

Depois da verificação dos sintomas ou do humor, são revisadas as tarefas de casa, combinadas na sessão anterior. Essa é oportunidade de você clarificar pontos obscuros ou dúvidas surgidas nas leituras, comentar com o terapeuta as dificuldades encontradas na realização dos exercícios e, de certa forma, preparar a lista de tarefas para a semana seguinte. As tarefas para casa são a marca registrada dessa modalidade terapêutica. Recomenda-se que você tenha um caderno de exercícios, em que possa fazer suas anotações. Pode, ainda, utilizar o caderno existente ao final do livro. A revisão das tarefas nas sessões utiliza essas anotações.

Também é comum que, em praticamente todas as sessões, o terapeuta faça uma explanação sobre algum tópico do TOC, como sintomas ou os diferentes modelos explicativos para a origem e a manutenção dos sintomas, ou ensine você a utilizar algumas das técnicas comportamentais ou cognitivas para a eliminação de sintomas específicos. Pode, ainda, realizar exercícios práticos de exposição e prevenção ou cognitivos; treino na aplicação de escalas, no preenchimento de questionários, escalas, folhas de registro e na elaboração de gráficos; ou fazer a revisão da lista de sintomas. A sessão é encerrada com a combinação de novas tarefas e de exercícios para serem realizados em casa, no intervalo até o próximo encontro, e com a sua avaliação da sessão.

As etapas da terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental dura, em média, entre 10 e 15 sessões. As sessões, geralmente, são semanais, podendo, na fase final, serem quinzenais e até mensais (sessões de revisão). Suas fases são descritas a seguir.

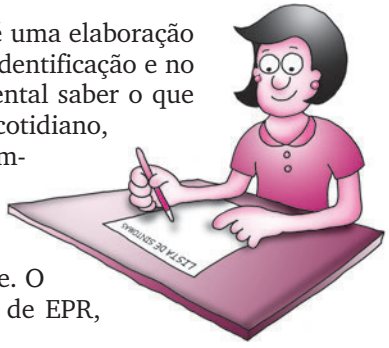
Fase inicial: avaliação do paciente e diagnóstico do TOC; psicoeducação; identificação e elaboração da lista de sintomas; avaliação da gravidade do TOC e início dos exercícios de EPR.

Antes do início da TCC, o profissional faz a avaliação do paciente, para confirmar o diagnóstico de TOC, verificar a presença ou não de co-morbidades, doenças físicas, o uso de remédios, a resposta a tratamentos já realizados e outros fatores que, eventualmente, possam contra-indicar a TCC, conforme já descrito nos Capítulos 2 e 4.

Psicoeducação

Uma regra no tratamento psicoterápico é a de que você deve conhecer tudo sobre o transtorno, especialmente sobre o que ajuda a mantê-lo e como pode livrar-se dos sintomas. Para isso, uma vez que o diagnóstico foi confirmado, o terapeuta dá uma série de informações sobre os sintomas do TOC, suas possíveis causas, com ênfase nos fatores psicológicos que podem influenciar o surgimento e a sua manutenção. Explica para você as diferentes alternativas de tratamento e eventuais contra-indicações, tanto para o uso de medicamentos como para a realização de TCC. Caso não haja contra-indicações, descreve com maiores detalhes a TCC, seus possíveis benefícios, suas dificuldades e a forma como os sintomas podem ser eliminados com essa terapia, verificando se você aceita e se sente motivado a realizar o tratamento. Pode, em algum momento, indicar alguma leitura ou um *site* da Internet em que você possa encontrar maiores informações e elementos adicionais para tomar sua decisão. Discute, ainda, se é conveniente complementar a terapia com o uso de medicamentos.

Identificação e elaboração da lista de sintomas



Uma vez que você concorde em realizar a TCC, a primeira tarefa é uma elaboração o mais completa possível da sua lista de sintomas e um treino na identificação e no reconhecimento das diferentes manifestações do TOC. É fundamental saber o que são obsessões, compulsões, evitações e saber identificá-las no seu cotidiano, bem como os medos e as crenças erradas ou distorcidas que os acompanham, para, depois, poder planejar os exercícios da terapia. No Caderno de exercícios, apresentaremos um questionário em que estão listados os sintomas mais comuns (Formulário 2, p. 235), e você assinalará os que apresenta, além de avaliar a sua gravidade. O questionário será decisivo para escolher os primeiros exercícios de EPR, revisar as tarefas (semanalmente) e fazer novas escolhas.

O início dos exercícios de exposição e prevenção de rituais

Na terapia, você iniciará pelos exercícios de EPR que considera mais fáceis ou que provocam menos ansiedade, deixando para mais adiante os mais difíceis. Os exercícios são sempre decididos de comum acordo com o terapeuta e devem apresentar o nível de dificuldade ou de desconforto que você considere capaz de suportar. O terapeuta sempre cuida para não solicitar a realização de algum exercício que você não acredite que conseguirá realizar. Ainda na fase inicial, é comum avaliar-se a gravidade do TOC. Para isso, você dispõe de dois questionários, que são escalas que medem a gravidade do TOC. A mais tradicional chama-se Y-BOCS, do inglês *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, está no Formulário 5 do Caderno de exercícios (p. 248), e é uma escala que supõe que o terapeuta lhe dê algumas explicações e lhe faça as perguntas.[114] Em vez da Y-BOCS, você poderá, se preferir, preencher a OCI–R, uma escala que mede a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, que você pode responder sem a ajuda do terapeuta e que está no Formulário 6 do Caderno de exercícios (p. 251).[115-117]

Fase intermediária: introdução das técnicas cognitivas e continuação dos exercícios de EPR.

Uma vez que você tenha conseguido realizar os primeiros exercícios de exposição e prevenção de rituais, o terapeuta lhe dará algumas informações sobre o modelo cognitivo do TOC e irá introduzi-lo

no uso de técnicas cognitivas para correção de pensamentos e crenças distorcidas, comuns no transtorno, que você poderá ampliar com a leitura dos Capítulos 8 e 9. Você aprenderá a usar algumas dessas técnicas, que o auxiliarão a diminuir sua ansiedade e facilitarão os exercícios de EPR, que continuarão sendo os procedimentos-chave para vencer o TOC e que são mantidos ao longo de todo o tratamento. A abordagem terapêutica que inicia como terapia de exposição e prevenção de rituais passa, então, a ser terapia cognitivo-comportamental (TCC), e isso, em geral, ocorre depois de algumas sessões (entre a 4ª e a 6ª sessões). Você perceberá que as técnicas cognitivas são de grande utilidade em certas situações, como quando você tem predominantemente obsessões caracterizadas como pensamentos impróprios, dúvidas ou ruminações excessivas, buscando ter certeza, sendo que isso é impossível. Durante um bom número de sessões, os dois tipos de técnicas serão utilizados, e você verá que é mais fácil realizar os exercícios quando compreende melhor seus medos, identifica seus pensamentos e crenças errados e sabe como corrigi-los. Essa será a abordagem nos capítulos em que se discute o tratamento de sintomas específicos. Nessa fase, você começa a resistir à realização dos seus rituais, mas ainda sente algum medo quando entra em contato com lugares, objetos ou com situações que desencadeiam suas obsessões.

Fase final: eliminação completa dos sintomas, prevenção de recaídas e revisões periódicas.

Chega um momento na terapia em que você praticamente não sente mais os medos nem a necessidade de fazer os rituais que apresentava no início, ou, então, ela é mínima e você consegue resistir, o que é um motivo de grande satisfação. Existe, sim, uma lembrança (memória) do que acontecia antes, ou seja, de quando você se defrontava com os objetos ou com as situações que desencadeavam as obsessões. Nessas ocasiões, você ainda percebe, eventualmente, um pensamento (obsessão) invadindo sua mente e sente algum desconforto, mas o impulso de realizar os rituais, de não entrar em contato ou tocar praticamente não existe mais ou é mínimo. À medida que o tempo passar, esse impulso será cada vez menor, e você poderá resistir a ele com mais facilidade.

Assim que os sintomas forem diminuindo, além de continuar com os exercícios de EPR e com as técnicas cognitivas, você aprenderá algumas estratégias que o auxiliarão a prevenir recaídas, comuns no TOC. As sessões da terapia vão se tornar mais espaçadas, e a alta será combinada quando a lista de sintomas for inteiramente vencida e você atingir o que se considera remissão completa – o desaparecimento quase total dos sintomas. Se chegar a esse resultado, as possibilidades de recaída são mínimas. É muito difícil voltarmos a ter um medo que vencemos completamente em determinado momento da vida. É usual, ainda, a combinação de algumas sessões de revisão.

TOMANDO A DECISÃO DE INICIAR O TRATAMENTO

O problema crucial para a obtenção de resultados com a TCC é você aderir aos exercícios que o terapeuta irá lhe sugerir, o que, na prática, significa o efetivo envolvimento nas tarefas de casa: leituras, preenchimento do questionário de sintomas, registros diários, exercícios repetidos de exposição e prevenção de rituais, exercícios cognitivos e tarefas que devem ser realizadas nos intervalos entre as sessões. Motivação significa estar disposto a passar pelos sacrifícios necessários, ou seja, tolerar algum aumento da ansiedade que ocorre principalmente no início da terapia, com a realização dos exercícios. É importante lembrar que se trata de um aumento perfeitamente tolerável, que não oferece risco e que, em geral, é de curta duração. Motivação também significa romper o círculo no qual o alívio era obtido com os rituais ou com a evitação, o que acarreta um aumento dos níveis de ansiedade e, por isso, é desconfortável. Como vimos, os exercícios são essenciais para que ocorra a habituação, que é o mecanismo por meio do qual desaparecem os sintomas. Em outras palavras, não se perdem medos sem enfrentá-los, e todo enfrentamento implica sentir um pouco de ansiedade, que desaparece em curto período de tempo: de 15 minutos até 3 horas. Suportar esse aumento da ansiedade ao realizar os exercícios é o preço maior da terapia. Mas o terapeuta não lhe solicitará nada que você mesmo não acredite ser capaz de realizar. É necessário, ainda, que você disponha de tempo para ir às sessões de terapia, para fazer leituras como as deste manual e para realizar as tarefas de casa, que são parte essencial da terapia.

Avalie bem se você, de fato, quer se tratar ou se procurou o tratamento apenas porque a sua família o está pressionando. Neste último caso, é muito provável que você desista no meio do caminho. Adie um pouco sua decisão, leia mais alguns capítulos deste livro, pese as vantagens e as desvantagens

ou a relação custo/benefício do tratamento e reflita: será que não vale a pena passar por alguma aflição transitória em troca de livrar-se dos sintomas definitivamente? Considere, também, o preço que você já pagou em termos de sofrimento, de tempo ocupado com as obsessões e com a realização dos rituais, o comprometimento da vida pessoal e profissional, o impacto que o seu transtorno vem causando sobre a sua família e o que você provavelmente ainda vai pagar, caso não se livre do TOC. Lembre-se de que os sintomas raramente desaparecerem espontaneamente, sem tratamento. Se não forem tratados, é praticamente certo que eles irão continuar. Em geral, duram a vida toda e, de uma maneira geral, é difícil vencê-los sem a ajuda de um terapeuta. Depois de refletir, tome a sua decisão.

Você deve procurar um terapeuta se:

- Os sintomas forem bastante graves (grau acima de 15 na escala Y-BOCS).
- Os sintomas interferirem nas suas rotinas ou na vida da sua família.
- Os sintomas ocuparem boa parte do seu tempo.
- Os sintomas existirem há muito tempo.
- Além do TOC, você apresentar outros transtornos psiquiátricos associados.
- Você utilizou (ou está utilizando) medicamentos, mas não obteve resultados ou estes foram insatisfatórios.
- Você não é disciplinado e persistente o suficiente para levar adiante os exercícios por si só, sem a ajuda de outra pessoa.

COMO ESCOLHER UM TERAPEUTA

Se você decidiu conversar com um terapeuta, seja ele um médico psiquiatra ou um psicólogo, e ele o diagnosticou como um portador do TOC, é muito provável que lhe sugerirá usar medicamentos antiobsessivos e realizar terapia. Os medicamentos podem ser prescritos por qualquer médico ou, idealmente, por um psiquiatra. Encontrar um terapeuta que tenha experiência em terapia de EPR ou TCC para o TOC, que são as terapias com efetividade comprovada em reduzir os sintomas do TOC, é um pouco mais difícil. Em nosso meio ainda existem poucos terapeutas com esse tipo de treinamento. Você pode estar na dúvida se o profissional que procurou para uma avaliação inicial tem experiência nessa modalidade de terapia. Para tirar essa dúvida, pergunte claramente se ele tem experiência em tratar portadores do TOC e se, na terapia que ele realiza, são propostos exercícios ou tarefas para serem feitos em casa, o que é típico dessa modalidade de tratamento. Caso ele não realize essa modalidade de terapia, peça que indique um profissional que o faça ou, então, peça uma orientação para alguma das associações de portadores de TOC. No final do livro, há uma lista dessas associações.

RESUMO E DESTAQUES

- A terapia de exposição e prevenção de respostas ou de rituais é um tratamento efetivo para os sintomas OC e é considerada um dos tratamentos de primeira escolha. Baseia-se no fenômeno da habituação.
- Habituação é a diminuição espontânea e progressiva das respostas físicas (desconforto, aceleração dos batimentos cardíacos, suor nas mãos) e emocionais (medo, nojo, hipervigilância) a situações ou a estímulos não-nocivos, quando se permanece em contato direto o tempo necessário ou de forma repetida.
- Exposição consiste no contato direto ou imaginário com objetos, lugares ou situações que não são perigosos, mas dos quais a pessoa tem medo ou os quais evita porque geram desconforto, nojo ou repugnância.
- Prevenção das respostas (ou de rituais) é deixar de fazer um ritual, interromper uma compulsão mental ou qualquer manobra destinada a reduzir ou a neutralizar a ansiedade, o desconforto, ou o medo que acompanham as obsessões.
- Os exercícios de exposição e prevenção de rituais provocam, de imediato, um aumento da ansiedade, que é passageiro e que, em geral, desaparece por completo entre 15 e 180 minutos.
- A terapia de EPR é uma terapia breve, focada nos sintomas OC, que dura geralmente entre 13 e 20 sessões, e que exige um mínimo de 20 horas de exercícios.
- São essenciais a motivação e a adesão precoce do paciente aos exercícios.

Capítulo 7

INICIANDO A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS: IDENTIFICANDO OS SINTOMAS DO TOC, AVALIANDO SUA GRAVIDADE E INICIANDO OS EXERCÍCIOS DE EPR

Neste capítulo, vamos descrever em detalhes como se dá o início da terapia de EPR. Ela começa pela elaboração de uma lista, o mais completa possível, de sintomas: obsessões, compulsões e evitações. Com essa finalidade, você irá preencher um questionário bastante detalhado (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235), que o auxiliará a identificar os diferentes tipos de sintomas. Ao preencher o questionário, você irá classificar os sintomas pelo grau de aflição que provocam, quando se trata de obsessões; pelo grau de dificuldade em se expor, quando são evitações ou pelo que imagina sentir caso deixe de fazer os rituais. Além do questionário, você preencherá um diário para observar os horários e os locais em que ocorrem as obsessões e em que faz seus rituais. A partir do questionário, da identificação dos sintomas considerados mais fáceis de serem enfrentados e do diário, juntamente com seu terapeuta, você irá escolher os primeiros exercícios de exposição para evitações e prevenção de respostas às compulsões para realizar em casa, nos intervalos das sessões. Para finalizar, você irá avaliar a gravidade dos sintomas do TOC. Essa avaliação servirá de referência para verificar o andamento da terapia nas próximas semanas.

A terapia de EPR é uma terapia focal. Isso quer dizer que todas as suas sessões terão sempre um mesmo tema ou foco: os sintomas OC. Por isso, o primeiro passo, ou a tarefa inicial, é a identificação ou o reconhecimento dos sintomas, pois eles podem ser muito diferentes de uma pessoa para a outra. Lavações excessivas, verificações, alinhamento de objetos, dúvidas e indecisão, maus pensamentos, pensamentos "ruins" ou impróprios, necessidade de guardar coisas inúteis, de fazer contagens ou repetições estão entre os mais comuns. Na maioria das vezes, a pessoa têm obsessões seguidas de rituais ou de evitações. Embora seja raro, é possível que apresente apenas obsessões, sem que sejam seguidas de rituais ou rituais que não são precedidos por obsessões. A pessoa pode, ainda, ser portadora de um único tipo de sintoma, o que também é raro. O mais comum é apresentar uma diversidade de manifestações ao mesmo tempo, o que pode ir variando ao longo da vida: alguns sintomas diminuem ou desaparecem em uma fase da vida, enquanto outros surgem ou pioram. É comum, em um determinado momento, uma manifestação ser a mais importante, a que causa mais aflição. Em resumo, os sintomas vão e voltam ao longo da vida.

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS

Se você decidiu iniciar a terapia e já escolheu um terapeuta capacitado, uma das primeiras tarefas práticas que ele irá solicitar é a elaboração de uma lista, o mais completa e detalhada possível, de todas as suas obsessões, compulsões ou rituais, incluindo as compulsões mentais, bem como de suas evitações e de outras manobras que você utiliza para aliviar a ansiedade ou o desconforto associados às obsessões (neutralizações). Essa lista deverá ser detalhada porque você deve incluir todos os objetos, lugares ou situações que evita enfrentar, ou tudo o que se sente compelido a fazer para aliviar-se: verificar portas, janelas, gás, portas do carro, carteira, bolsa, lista de e-mails, mensagens do celular, lavar-se, contar, repetir certos atos, fazer perguntas para as outras pessoas, ficar argumentando mentalmente, etc. O mesmo vale para pensamentos impróprios, alinhamentos ou armazenagem de objetos inúteis, roupas, sapatos, revistas ou jornais velhos.

O preenchimento do questionário é fundamental para o estabelecimento das tarefas de casa e das metas do tratamento, pois o objetivo (perfeitamente possível) é a eliminação completa dos sintomas. Em princípio, a terapia deve ser encerrada quando todos forem eliminados. O questionário é um instrumento fundamental para o planejamento semanal das tarefas e dos exercícios de casa e, ao mesmo tempo, é uma referência ao longo do tratamento para avaliar, periodicamente, os resultados.

DIFICULDADES EM IDENTIFICAR OS SINTOMAS DO TOC

Uma das dificuldades para responder ao questionário é identificar o que é sintoma do TOC e o que não é. O portador desse transtorno, muitas vezes, perde a noção ou o referencial do que é um comportamento ou um pensamento "normal". Para fazer essa distinção, procure observar como se comportam as pessoas que não são portadoras: o número de vezes que lavam as mãos durante o dia, o tempo que demoram no banho, se trocam de roupas todas as vezes que chegam da rua, no que tocam ou no que evitam tocar. Preste atenção no grau de aflição que o acompanha quando sua mente é invadida por obsessões e se é compelido a realizar rituais ou a evitar o contato com algum objeto; o tempo que tais comportamentos tomam no seu dia; o quanto interferem em sua vida e nas rotinas de sua família e o quanto se sente incapaz de resistir e de não praticar determinado ritual. Assim, você e o terapeuta terão alguns indicativos sobre se o que sente ou o que faz é sintoma do TOC ou é um comportamento aceitável. Se você tem uma determinada obsessão, por sujeira ou contaminação, por exemplo, é comum que esteja permanentemente vigiando onde toca, onde tem pó ou evitando tocar em objetos que todos tocam (interruptores, torneiras, corrimãos, maçanetas). Observe se as pessoas em geral estão também sempre vigiando onde põem as mãos e se elas sentem compelidas a lavá-las depois.

Em princípio, se existe um certo grau de desconforto ou de medo quando sua mente é invadida por algum pensamento catastrófico, se tais pensamentos o obrigam a realizar alguma manobra ou a evitar algo, se os sintomas interferem na sua rotina, na sua atividade profissional ou na sua relação com as pessoas e com sua família, se ocupam mais de uma hora por dia do seu tempo, considere a probabilidade de que sejam manifestações do TOC.

Desconfie de que podem ser sintomas do TOC:

- Medos excessivos que levam você a evitar o contato com certos objetos e lugares ou a executar algum ritual para se livrar da aflição.
- Dúvidas que o afligem sobre se o que você fez foi bem feito (p. ex., fechar a porta), e se você se sente compelido a fazer de novo para ter certeza.
- Comportamentos que você necessita repetir várias vezes.
- Atos que você "tem que..." e não pode deixar de realizar, sob pena de ficar muito aflito.
- Tudo aquilo que você necessita executar sempre da mesma maneira ou fazer certo.
- Pensamentos impróprios ou inconvenientes que você não consegue afastar e dos quais você se envergonha ou tem medo de vir a praticar.
- Preocupações ou comportamentos repetitivos que ocupam mais de uma hora por dia.

UMA PEQUENA REVISÃO

É importante você ter compreendido bem alguns conceitos do Capítulo 1, que agora serão úteis para o preenchimento do questionário de sintomas. Relembrando:

Obsessões: são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos (que invadem a sua mente contra a sua vontade), recorrentes e persistentes, acompanhados de acentuado desconforto, medo ou aflição (ansiedade).

Compulsões: são atos que você se sente compelido a executar, com o objetivo de prevenir, anular ou reduzir a possibilidade de ocorrerem eventos temidos ou de que desastres futuros venham a acontecer, e para reduzir o desconforto ou a ansiedade que acompanha as obsessões.

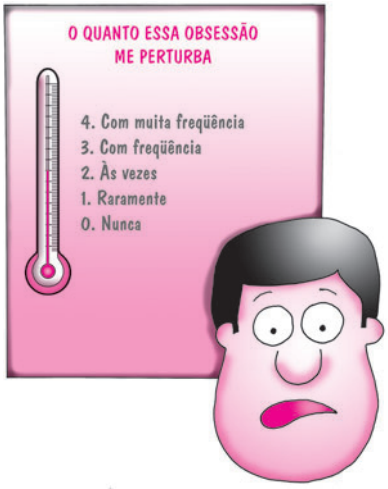
Evitações: são comportamentos motores ou atos mentais realizados com a finalidade de evitar o contato direto ou imaginário com objetos, situações ou com pensamentos considerados impróprios. Sua finalidade é semelhante à dos rituais: prevenir ou eliminar (neutralizar) o desconforto e a ansiedade que acompanham as obsessões. Tanto os rituais quanto as evitações são atos voluntários – você pode realizá-los ou não, ao contrário das obsessões, que são involuntárias. Existem outros comportamentos que são conseqüência dos sintomas OC, como a lentidão motora, a indecisão ou a demora em tomar decisões, a busca de reasseguramentos, a ruminação obsessiva.

Para facilitar a elaboração da lista de sintomas, no Caderno de exercícios você responde a um questionário bastante extenso e completo dos sintomas referidos mais freqüentemente pelos pacientes (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235). No questionário, as três classes de sintomas – obsessões, compulsões e evitações – estão separadas, e você poderá compreender melhor a distinção.

PRIMEIRA TAREFA: PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS DO TOC E AVALIAÇÃO DO GRAU DE ANSIEDADE OU DE DIFICULDADE PARA REALIZAR OS EXERCÍCIOS DE EPR

Preenchimento do questionário

Dê uma olhada no Caderno de exercícios, no Formulário 2 (p. 235). É uma extensa lista de afirmativas, que são pensamentos, medos ou rituais comuns em portadores do TOC. Além de preencher a lista de sintomas, você irá também graduá-los quanto à sua gravidade, no caso das obsessões, e quanto ao grau de dificuldade ou desconforto que imagina sentir caso não faça os rituais, ou caso tenha que se expor às situações que evita. Veja que os critérios são um pouco diferentes. É importante que se tenha isso bem claro. Veja, a seguir, os critérios.



Como avaliar a gravidade das obsessões

Quando, no questionário, você estiver diante de sintomas considerados *obsessões*, assinale com um "X" um dos cinco números (de 0 a 4), que estão antes de cada uma das afirmativas, levando em conta os seguintes critérios:

Esse pensamento ou obsessão me perturba:

0 – Absolutamente nada ou nunca
1 – Minimamente ou raramente
2 – Um pouco ou às vezes
3 – Bastante ou com freqüência
4 – Muito ou é muito freqüente



Rituais e evitações

Dê uma nota de 0 a 4 para o grau de dificuldade ou desconforto que você imagina sentir caso tenha que entrar em contato com os objetos ou situações que normalmente evita ou seja impedido de realizar os rituais que normalmente executa.

Graus de desconforto:

0 – **Nenhum**
1 – **Leve**
2 – **Moderado**
3 – **Grave**
4 – **Muito grave**

Não esqueça de marcar zero quando você não apresenta o sintoma descrito. Agora vá até o questionário e tente preenchê-lo. Se não compreender alguma das afirmativas (sintomas), peça ajuda ao terapeuta. Depois de preenchê-lo e de avaliar o grau de dificuldade para as tarefas de EPR é que poderemos escolher os primeiros exercícios de EPR.

> *Dica*
>
> Depois de atribuir notas a todos os sintomas, é interessante examinar as pontuações em conjunto, comparando as de menor grau ou muito fáceis com as de maior grau ou muito difíceis, verificando se o resultado corresponde à realidade. Se necessário, revise as notas e corrija eventuais distorções.

SEGUNDA TAREFA: PREENCHA UM OU MAIS DIÁRIOS DOS SEUS SINTOMAS

Por que um diário?

O diário de sintomas (Formulário 3 do Caderno de exercícios, p. 245) tem várias finalidades. A primeira delas é identificar, ao longo do seu dia, os horários, as situações e os locais nos quais sua mente é invadida por obsessões e você é compelido a executar rituais ou a evitar o contato com objetos ou pessoas. Esses são os horários críticos ou as situações-gatilho que desencadeiam suas obsessões, e, conseqüentemente, os rituais e as evitações. Fazer esse "mapa" é importante porque circunscreve, delimita os problemas a certos horários e locais, identifica os momentos de maior perigo, o que facilita o planejamento antecipado de estratégias para enfrentá-los. Uma segunda finalidade é desenvolver em você o hábito de se auto-observar. Os rituais do TOC, muitas vezes, se tornam hábitos que você executa de forma automatizada e, se você não desenvolver esse novo hábito, torna-se difícil modificá-los, mesmo em se tratando de atos voluntários. Faça o diário algumas vezes até que o "mapa" esteja bem conhecido.

Como preencher o diário?

Escolha um ou mais dias da semana que você considere o(s) pior(es), no(s) qual(is) você apresenta o maior número de sintomas, e preencha o diário. Procure observar-se no decorrer do dia e anote no Formulário 3 (p. 245) os pensamentos aflitivos que invadem sua mente e as emoções ou sentimentos (medo, ansiedade, culpa) associados; tudo o que faz e o que evita fazer e que lhe parece suspeito. Pergunte a algum familiar o que ele considera que sejam "manias" suas. Se, além dos sintomas que estão no questionário, você percebe que tem outros, anote nas linhas em branco que existem ao longo do formulário.

Alguns exemplos de locais ou situações críticos e rituais ou comportamentos evitativos que o portador de TOC é tentado a realizar:

- ao sair de casa: verificar portas, fogão, documentos na carteira, eletrodomésticos, torneiras;
- ao estacionar o carro: verificar portas e vidros;
- ao chegar em casa: lavar as mãos, não entrar com os sapatos que usou na rua, não sentar no sofá sem tomar banho ou trocar de roupa antes;
- antes de deitar: verificar portas, janelas, gás, fogão, geladeira, torneiras, eletrodomésticos;
- ao freqüentar banheiro público: evitar tocar no trinco da porta, na torneira, na tampa do vaso, na descarga ou usar papel para fazê-lo.

Uma vez identificadas as situações e os locais nos quais, com mais freqüência, surgem os seus sintomas, anote no diário, procure localizá-los no questionário e veja se preencheu tais comportamentos também no formulário, conforme as instruções que existem no início.

Dicas

- **Procure distinguir obsessões, compulsões e evitações**. É importante separar as diferentes manifestações do TOC: pensamentos (obsessões), comportamentos (rituais e evitações) e manifestações da ansiedade (aflição, medo, desconforto físico). Reveja os conceitos que enunciamos a pouco e, se não ficaram claros e você segue com dúvidas, peça ajuda ao terapeuta. Como vimos, de acordo com o modelo comportamental, as compulsões têm relação com as obsessões – são realizadas para aliviar (neutralizar) a aflição que as acompanha. A terapia de EPR vai se encontrar, sobretudo, nas compulsões e nas evitações, embora modernamente se tenha adaptado algumas técnicas comportamentais e cognitivas para o tratamento das obsessões (pensamentos) nem sempre acompanhadas de rituais, como os chamados maus pensamentos, pensamentos "ruins" ou pensamentos impróprios, que veremos mais adiante. É importante, em um primeiro momento, portanto, identificar esses dois tipos de manifestações – os rituais e as evitações –, pois eles serão o foco inicial da terapia. No questionário, eles estão em tópicos separados, o que facilitará reconhecê-los.
- **Lembre dos horários críticos, dos locais e das situações em que sua mente é invadida por obsessões e você realiza compulsões**. Com o passar do tempo, muitos rituais podem se incorporar de tal forma à rotina que acabam se transformando em hábitos, como comentamos. São executados, praticamente, sem que se dê conta, de forma automática. Se for o caso, você deve identificar as situações que desencadeiam a necessidade de fazer coisas repetidas ou nas quais é tentado a realizar os rituais ou a evitar o contato (p. ex., ao chegar da rua, ao deitar, ao sair de casa, ao usar o banheiro, no banho, etc.). Estas situações são chamadas de situações-gatilho porque desencadeiam as obsessões ou provocam (disparam, ativam) a necessidade de realizar rituais. São as situações em que você acredita existir um risco maior de cometer uma falha (não fechar bem a porta, não desligar o fogão ou entrar em casa com sujeiras), com conseqüências graves para o futuro. Procure lembrar quais são esses horários, locais ou situações, e relembre o que lhe vem à cabeça (obsessões), os rituais ou as evitações que pratica nessas ocasiões. Se for uma obsessão, anote o tempo que ela permaneceu em sua mente e o grau de aflição que sentiu, usando os mesmos critérios de 0 a 4 do Formulário 2 do Caderno de exercícios (p. 235). Se for um ritual, anote o número de vezes que executou e o tempo que perdeu na execução. Algumas perguntas poderão auxiliá-lo a lembrar-se: "O que me passou pela cabeça naquele local ou naquela ocasião? O que fui obrigado a fazer ou o que tive medo de fazer? O que evitei?" As respostas o auxiliarão a identificar os sintomas. O Formulário 3 do Caderno de exercícios (p. 245) auxiliará nessa tarefa.

TERCEIRA TAREFA: ESCOLHA DOS EXERCÍCIOS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS

Você respondeu a um extenso questionário sobre os sintomas do TOC e acrescentou mais alguns sintomas que não estavam descritos, depois de fazer o seu diário. Talvez, vendo o que assinalou, tenha percebido que muitos dos comportamentos que considerava "normais", na verdade, são sintomas do TOC. Percebeu, ainda, que preencheu com "zero" muitos itens, pois não os apresenta. O TOC é assim mesmo: cada paciente tem o seu grupo de sintomas, e é raro que apresente apenas um tipo. O passo seguinte é escolher as primeiras tarefas de exposição e prevenção de rituais e, finalmente, começar a terapia propriamente dita. Como já comentamos, é interessante começar pelos exercícios mais fáceis. Tendo sucesso nos primeiros exercícios, você vai se sentir fortemente motivado para seguir.

Depois de preencher o questionário e o diário e de avaliar o grau de ansiedade associado às obsessões ou o grau de dificuldade para realizar as tarefas de EPR, você tem uma idéia dos exercícios que considera mais fáceis e de quais considera os mais difíceis. Chegou, portanto, o momento de escolher, junto com o seu terapeuta, os primeiros exercícios de EPR.

Por onde começar?

A terapia de EPR começa com os exercícios considerados mais fáceis. Os mais difíceis ficam para mais tarde. Embora existam algumas recomendações estabelecidas pela experiência, as quais veremos a seguir, na escolha das tarefas vale, sobretudo, a sua própria avaliação do quanto acredita ser capaz de

realizá-las efetivamente. Vejamos algumas dessas recomendações, adaptadas a partir daquelas sugeridas pelo dr. Lee Baer, em seu livro *Getting Control*, sobre terapia comportamental do TOC.[113]

Como escolher os exercícios de exposição e prevenção de rituais

Comece pelos rituais e pelas evitações

Tanto os rituais como as evitações são comportamentos voluntários e conscientes. Estão mais ao seu alcance do que as obsessões, que são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos, involuntários e, por isso, é mais difícil você controlá-los. Aliás, se tentar afastá-los é pior, poderão tornar-se ainda mais fortes e mais freqüentes. Veremos mais adiante como abordá-los. Além disso, é mais fácil planejar os exercícios de exposição para as evitações e prevenção de rituais das compulsões, pois são os que melhor respondem à terapia de EPR. O primeiro passo, portanto, consiste em localizar, no questionário, esse tipo de sintoma. Observe as notas ou o grau de dificuldade que atribuiu a cada um deles. As obsessões devem ser deixadas para mais adiante.

Comece pelos exercícios mais fáceis

A segunda regra é começar pelos exercícios que você avaliou como sendo os mais fáceis de realizar ou de dificuldade menor. Isso é medido pelo grau de ansiedade que você imaginou sentir caso fosse se expor ou abster-se de executar um ritual. Os que provocam mais ansiedade são os mais difíceis. Começando pelos que geram menor ansiedade, há mais chances de sucesso. É importante que você se saia bem nas primeiras atividades, pois isso, além de melhorar sua auto-estima, faz com que você passe a acreditar mais em si mesmo e na possibilidade de vencer o transtorno. Faça a exposição de forma gradual e o maior tempo possível ou até não sentir mais nenhum desconforto.

Um exemplo de exposição gradual

- Tocar a ponta do dedo indicador na ponta do sapato.
- Tocar a mão em cima do sapato durante um minuto.
- Tocar a mão na sola do sapato durante meio minuto.
- Tocar em suas roupas depois de ter tocado na sola do sapato.
- Tocar com o dedo na sua língua depois de tocar na ponta do sapato.

Escolha de 4 a 6 tarefas por semana, pelo menos

A maioria dos pacientes apresenta muitos sintomas, mas não é possível combater todos ao mesmo tempo. É importante selecionar de quatro a seis sintomas por semana, ou mais, se a lista for muito grande, nos quais você concentrará os exercícios. Eventualmente poderá escolher apenas um, se lhe toma muito tempo, provoca muita aflição ou interfere de forma considerável em sua vida pessoal ou na de sua família.

Faça os exercícios até a aflição desaparecer

Na prática, o objetivo dos exercícios de exposição e prevenção de rituais é provocar a habituação e a extinção do impulso de fazer rituais. Assim, o ideal seria executar o exercício até o desaparecimento completo do desconforto, que, como vimos, pode ser rápido (5 a 10 minutos) ou relativamente demorado (três horas). Se isso for inviável, você deve ficar em contato com o que lhe provoca aflição ou abster-se de fazer o ritual pelo maior tempo que puder. Muitos exercícios podem ser feitos no

trabalho ou durante as rotinas domésticas (abster-se de revisar papéis, não lavar as mãos a todo momento, etc.). O terapeuta deve orientá-lo a começar com exercícios de duração menor (10, 20 ou 30 minutos) e a aumentar o tempo gradualmente até alcançar uma hora ao dia, mesmo que esse tempo se divida em vários períodos. Em geral, a terapia completa exige, no mínimo, 20 horas de exercícios. O tempo que você se controla para não fazer ritual é contado como tempo de exercício.

Entregue-se totalmente aos exercícios de EPR e evite manobras sutis (disfarçadas) para anulá-los ou neutralizá-los

Ao fazer os exercícios de EPR, evite manobras mentais disfarçadas que neutralizem o efeito da exposição ou da abstenção do ritual: marcar um tempo para lavar as mãos depois de ter tocado em objetos contaminados; decidir que irá tomar um banho e trocar as roupas depois de chegar de uma visita ao hospital ou depois de ter ido a um funeral; dar uma olhada discreta ou passar a mão depois de fechar a porta da geladeira; não lavar as mãos ao chegar em casa, mas evitar tocar em qualquer objeto até tomar banho, etc.

Repita os exercícios o maior número de vezes possível

Você deve repetir os exercícios de exposição várias vezes ao longo do dia e da semana e ficar o maior tempo possível sem executar o ritual a que está acostumado (prevenção de ritual) ou em contato com o objeto, a situação ou o local que evita. Isso leva à habituação.

Identifique as situações-gatilho para suas obsessões e compulsões e programe os exercícios com antecedência

No seu diário, você identificou as situações-gatilho, os horários e os locais nos quais é compelido a realizar seus rituais ou evitações. Fique atento para essas ocasiões e programe, com antecedência, os exercícios que deverá fazer, bem como seu tempo de duração. Alguns exemplos de exercícios são "vou sentar na cama com a roupa da rua durante 10 minutos, quando chegar em casa hoje" ou "hoje à noite não vou verificar o fogão antes de deitar". O terapeuta deve orientá-lo a quebrar seqüências ou trajetos que executa sempre da mesma maneira (como ir ao trabalho sempre pela mesma rua, levantar pisando no chão com o mesmo pé, subir escadaria contando os degraus, etc.). Solicitar aos seus familiares que o alertem quando perceberem que está executando um ritual ou evitando algo também é útil. Evite as manobras disfarçadas de executar o ritual, que anulem a exposição ou a prevenção do ritual.

Faça alguns exercícios com o terapeuta

Paciente e terapeuta podem executar alguns exercícios de exposição e prevenção de rituais juntos, no próprio consultório, como descrito anteriormente, no exercício de exposição gradual. O motivo para isso é simples: é mais fácil fazer coisas que provocam medo na companhia de outras pessoas. A gente se sente mais seguro, e a ansiedade é bem menor. Você pode levar ao consultório objetos que tem dificuldade de tocar, como uma bolsa ou uma carteira que considera contaminada, por exemplo. Ambos podem sentar no tapete, pisar no banheiro com os pés descalços, tocar no lixo, em dinheiro, na tampa do vaso sanitário, no sabonete usado, segurar a maçaneta da porta, tocar na sola dos sapatos e espalhar a "sujeira" pelo corpo sem lavar as mãos depois. Ao realizar esses exercícios, gradue a ansiedade subjetiva, usando os mesmos critérios que utilizou quando preencheu o questionário de sintomas, classificando de 0 a 4 o grau de ansiedade provocado pelas obsessões. Avalie seu grau de desconforto no início e 15 minutos depois de realizados os exercícios. Você vai perceber que ele diminuiu durante o exercício e que, depois de algum tempo, você não sentiu mais nada, ou seja, ocorreu o fenômeno da habituação.

Lembre-se que a aflição é passageira

Os exercícios provocam aumento da aflição e da ansiedade, que pode ser muito intenso, mas é passageiro. É justamente por isso que você evita enfrentar as situações e "prefere" permanecer com o TOC. Os portadores do TOC têm muito medo da aflição e imaginam-se incapazes de suportá-la, temem sofrer descontrole completo, imaginam que ela possa não acabar ou até mesmo que possam ter um ataque cardíaco. No entanto, se surpreendem ao descobrir que são capazes de suportar o referido aumento. Afinal, ela não dura para sempre, não enlouquece e não produz doenças cardíacas. Embora no momento da realização dos exercícios os sintomas físicos e a sensação de desconforto sejam desagradáveis, você acaba descobrindo que é capaz de suportá-los, o que representa uma vitória sobre o aprisionamento e a falta de liberdade causados pelo TOC.

Use lembretes

Você pode escrever alguns lembretes em cartões e mantê-los ao seu alcance, a fim de relê-los várias vezes ao longo da semana. Esses lembretes servem para tranqüilizá-lo e auxiliam a controlar seus medos e imaginações catastróficas.

Exemplos de lembretes

- Minha aflição não vai durar para sempre! Vai chegar um momento em que ela vai passar!
- A aflição não é um foguete que sobe sempre. Ela vai até certo ponto e depois desce!
- Tudo o que sobe desce!
- Basta não fazer nada, e a aflição e a ansiedade desaparecem por si!
- Se eu ficar prestando atenção ao que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!
- Quanto mais me preocupo com um pensamento, mais tempo ele permanece na minha mente!

Seja generoso consigo mesmo

Às vezes é difícil cumprir 100% dos objetivos estabelecidos como exercícios para casa. Caso você não tenha conseguido realizar todos os exercícios da forma planejada, deve entender que isso não é um fracasso. Falhar em parte não significa falhar no todo, pois perder a batalha não é perder a guerra. O terapeuta deve auxiliá-lo a não desqualificar o que conseguiu, a valorizar pequenos ganhos ou realizações parciais dos exercícios e, sobretudo, a não desistir. Sugerimos que sempre que você conseguir completar uma tarefa com sucesso, você dê um pequeno presente a si mesmo, fazendo algo de que gosta, como comer um doce, ler o jornal, jogar na internet, ler os *e-mails*, assistir a um pouco de TV, ouvir música, telefonar para um amigo, etc.

Na escolha dos exercícios, observe a regra dos 80%

O dr. Lee Baer sugere o que ele chama de "a regra dos 80%".[113] É um critério para a escolha ou o adiamento das tarefas. Para aplicá-lo, você pode fazer uma das seguintes perguntas, diante dos sintomas do questionário, os quais considerou os menos difíceis de serem enfrentados: "qual é a probabilidade (em percentual) de que eu consiga, de fato, realizar a exposição ou a prevenção de ritual para essa situação ou para esse sintoma?" ou "considerando dez tentativas, em quantas imagino conseguir realizar os exercícios?" O dr. Baer sugere que sejam escolhidos como tarefas de casa aqueles exercícios que você acredita ter, ao menos, 80% de chance de realizar. Em outras palavras, não inclua na lista tarefas que você não acredita ter chances de cumprir. Caso as chances estejam abaixo de 80%, você pode reduzir o tempo de duração do exercício e, então, verificar se as probabilidades de realizá-lo aumentam. Você deve negociar consigo mesmo metas menos difíceis até chegar a uma proposta realista e exeqüível. Por exemplo, se não consegue se expor durante meia hora, talvez o

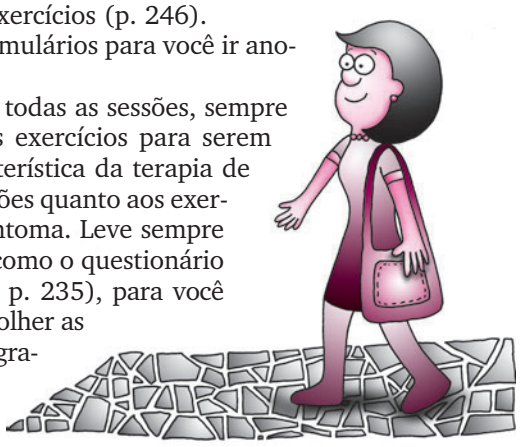
consiga durante 10, 5, ou até mesmo durante um minuto apenas. Se encontrar dificuldade em escolher, o terapeuta poderá auxiliá-lo.

Escolha dos primeiros exercícios de exposição e prevenção de rituais

Com todas essa regras e recomendações em mente, verifique no questionário sobre sintomas os rituais ou compulsões e as evitações que receberam as menores pontuações, ou seja, que você considerou as menos difíceis e, com a ajuda do terapeuta, escolha as primeiras tarefas de exposição e prevenção de rituais. Você deve ser realista e selecionar apenas objetivos que acredita ter boa chance de alcançar, lembrando da regra dos 80%, e deixando os exercícios mais difíceis, bem como as obsessões, para mais adiante. Se considerar todos os exercícios muito difíceis, você pode variar o tempo de exposição ou o tempo durante o qual irá abster-se de fazer o ritual, começando com pouco tempo ou com um tempo mínimo, mas que você se considera capaz de suportar. Uma vez escolhidas as primeiras tarefas, transcreva-as para o Formulário 4 do Caderno de exercícios (p. 246).

No Caderno de exercícios existem vários desses formulários para você ir anotando as tarefas de cada sessão.

A partir desse momento até o final da terapia, em todas as sessões, sempre serão escolhidos, a partir de sua lista de sintomas, os exercícios para serem feitos em casa. Essa é provavelmente a principal característica da terapia de EPR. Nos próximos capítulos, daremos algumas orientações quanto aos exercícios mais apropriados e mais específicos para cada sintoma. Leve sempre para as sessões com o terapeuta tanto a lista de tarefas como o questionário dos sintomas (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235), para você relatar como se saiu, discutir eventuais dificuldades e escolher as tarefas seguintes. Observe, sobretudo, o desaparecimento gradual da ansiedade depois que você começa cada exercício – o fenômeno da habituação, o que deverá animá-lo para enfrentar os sintomas mais difíceis.



As quatro regras de ouro da terapia de exposição e prevenção de rituais

1. Enfrente as coisas de que você tem medo tão freqüentemente quanto possível.
2. Se você perceber que está evitando algum objeto ou situação, enfrente-o.
3. Se você sentir necessidade de fazer algum ritual para sentir-se melhor, faça esforço para não realizá-lo.
4. Repita os passos 1, 2 e 3 o maior número de vezes e pelo maior tempo possível (Lee Baer).[113]

Exemplos de tarefas ou exercícios de casa

- Não lavar as mãos durante 15 minutos depois de chegar da rua e tocar em objetos da casa.
- Apertar a mão de seus colegas de trabalho e não lavar as mãos depois.
- Verificar a porta e as janelas apenas uma vez antes de deitar.
- Deixar os objetos em cima da mesa desalinhados.
- Não lavar a torneira da pia do banheiro antes ou depois de usá-la.
- Segurar no corrimão do ônibus e não lavar as mãos depois.

QUARTA TAREFA: AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DOS SINTOMAS OC

Automonitoramento

A terapia comportamental se vale muito do chamado auto-monitoramento: desde o início das sessões, você deve ser estimulado a avaliar-se, atribuindo notas para o seu grau de bem-estar, para o nível de sua aflição subjetiva e para a gravidade ou a redução observada em seus sintomas, sendo orientado a fazer esse tipo de avaliação freqüentemente. Para essa finalidade, você dispõe de alguns instrumentos ou escalas para preencher antes e durante a terapia.

Escalas para avaliação da intensidade dos sintomas

Escala Y-BOCS

Antes de iniciar a terapia, ou logo no início, o terapeuta o convidará a responder dez questões de uma escala que avalia a intensidade ou a gravidade dos sintomas do TOC. Ela fornece uma nota ou um escore, que servirá de base para avaliar o seu progresso ao longo do tratamento. Essa escala é a *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, também conhecida pela sua sigla: Y-BOCS.[114] É um questionário muito conhecido e utilizado em todo o mundo para avaliar a gravidade dos sintomas do TOC. O terapeuta, provavelmente, solicitará de forma periódica essa avaliação.

A escala é composta de dez questões (cinco para obsessões e cinco para compulsões), cada uma com escores de 0 a 4. Assim, o escore máximo é 40, o que corresponde a sintomas extremamente graves. Escores de 16 ou mais indicam um nível que pode ser considerado doença (TOC clínico). Sintomas abaixo desse nível são considerados leves ou subclínicos, e um escore menor do que 8 representa ausência de sintomas, pois mesmo as pessoas que não têm TOC fazem alguns pontos na Y-BOCS. Veja a escala e as instruções para o preenchimento no Formulário 5 do Caderno de exercícios (p. 248). Essa escala deve ser preenchida junto com o terapeuta.

Inventário de obsessões e compulsões – OCI-R[117]

Uma segunda escala que você pode utilizar para avaliar a gravidade dos sintomas OC é a OCI-R *(Obsessive-Compulsive Inventory Revised)*. É uma escala com 18 afirmativas sobre diversos sintomas do TOC, com pontuações que vão de 0 a 4. O máximo de pontos é, portanto, de 72 pontos. Essa é uma versão revisada de uma escala de 42 questões. As pesquisas mostram que os escores da escala reduzida têm uma boa concordância (correlação) com os escores da escala completa. A vantagem da OCI-R sobre a Y-BOCS é de que ela pode ser respondida por você mesmo, sem a ajuda de um profissional (auto-respondida). A segunda vantagem é de que ela prevê notas ou escores para os diversos tipos de sintomas. Veja a escala e as instruções para o preenchimento no Formulário 6 do Caderno de exercícios (p. 251).

RESUMO E DESTAQUES

- Os exercícios de exposição e abstenção de realizar os rituais (prevenção de respostas) são um dos recursos mais efetivos de que se dispõe para vencer os sintomas do TOC.
- A primeira tarefa na terapia de EPR é fazer uma lista o mais completa possível de todos os sintomas, identificando as obsessões, as compulsões e as evitações.
- É importante, também, identificar o local, os horários e as situações que desencadeiam as obsessões e a necessidade de executar rituais ou as evitações, o que facilita o planejamento das tarefas.
- A elaboração da lista pode ser feita por meio do preenchimento do questionário de sintomas (Formulário 2, p. 235) e do diário de sintomas (Formulário 3, p. 245), apresentados no Caderno de exercícios.
- Ao preencher o questionário, o paciente classifica os sintomas pela sua gravidade (obsessões) e pelo grau de dificuldade ou desconforto que irá sentir se não fizer os rituais ou se tocar no que usualmente evita.
- A terapia cognitivo-comportamental, na maioria das vezes, começa pelos exercícios de EPR considerados mais fáceis e, em um segundo momento, são introduzidos os exercícios cognitivos. Entretanto, quando os sintomas são obsessões de conteúdo impróprio ou ruminações obsessivas, inicia-se com técnicas cognitivas.
- Na escolha dos exercícios, o grau de dificuldade em não fazer os rituais ou em se expor é o principal critério a ser levado em consideração. Esse critério permite que os exercícios possam ser feitos de forma gradual, o que facilita a adesão do paciente.
- Quanto mais tempo o paciente dedicar aos exercícios, e quanto mais freqüentes eles forem, mais rapidamente desaparecerão os sintomas.
- É importante, no início da terapia, fazer uma avaliação da gravidade dos sintomas OC e repetir periodicamente essa avaliação. Ela pode ser feita pela aplicação de uma ou de duas escalas: a Y-BOCS, que é aplicada pelo terapeuta, e a OCI-R, que é respondida pelo próprio paciente (Formulários 5 e 6 do Caderno de exercícios, p. 248 e 251, respectivamente). As pontuações nessas escalas possibilitam avaliar o andamento da terapia.

Capítulo 8

A TERAPIA COGNITIVA DO TOC

A terapia cognitiva se baseia na premissa de que os pensamentos influenciam o comportamento e as emoções. Da mesma forma, emoções podem influenciar os pensamentos e o comportamento. As obsessões geralmente são acompanhadas de pensamentos catastróficos que, por sua vez, provocam medo e aflição, devido a crenças distorcidas ou erradas. O medo e a aflição decorrentes de tais pensamentos levam o paciente a fazer rituais ou a evitar situações e objetos considerados "perigosos", com a finalidade de proteger-se, reduzir ou eliminar os riscos de que possam ocorrer desastres futuros ou de cometer falhas, os quais imagina existir. A terapia cognitiva no TOC tem por objetivo identificar tais crenças e pensamentos distorcidos e corrigi-los, utilizando técnicas específicas para tal fim. Tais técnicas ajudam a diminuir medos e angústias que acompanham as obsessões, pois possibilitam uma maior compreensão dos fenômenos OC, e a separar o que são perigos reais de avaliações distorcidas. O usual, na atualidade, é associá-la às técnicas de exposição e prevenção de rituais, pois acredita-se que facilitem a adesão do paciente aos exercícios. Iremos conhecer as crenças e os pensamentos distorcidos ou errados mais comuns em portadores de TOC, aprender a identificá-los, fazer o seu registro para, posteriormente, podermos usar as técnicas apropriadas para corrigi-los, que serão vistas no próximo capítulo. Nos capítulos seguintes veremos aplicações dessas técnicas no tratamento dos diferentes sintomas OC, as quais serão sempre incorporadas aos exercícios de EPR.

Caracterizamos o TOC como uma doença na qual certos medos adquiridos em algum momento ou ao longo da vida levam o indivíduo a realizar rituais ou a evitar o contato com o que considera perigoso, ou com a finalidade de reduzir ou eliminar os riscos. O alívio obtido dessa forma tem o grave inconveniente de manter a pessoa prisioneira dos rituais, muitas vezes para o resto da vida. A terapia de exposição e prevenção de rituais (EPR) tenta corrigir essa forma errada de se livrar dos medos, propondo exercícios nos quais o indivíduo se expõe às situações e aos objetos dos quais sente medo ou os quais evita, abstendo-se, ao mesmo tempo, de realizar os rituais. Esses exercícios provocam, inicialmente, um aumento da ansiedade, que desaparece de forma gradual por meio do fenômeno da habituação, sendo eliminada, também, com a repetição dos exercícios, a necessidade de realizar rituais, como já vimos no Capítulo 6. O sucesso da terapia de EPR em mais de 30 anos de utilização fez com que ela fosse considerada, até hoje, um dos tratamentos de primeira linha para os sintomas do TOC. Entretanto, é pouco efetiva quando predominam obsessões, e muitos pacientes não aderem aos exercícios ou abandonam o tratamento, supõe-se que em razão de crenças erradas ou distorcidas, as quais têm medo de contrariar.

PENSAMENTOS E CRENÇAS DISTORCIDAS NO TOC

A observação de que a maioria dos portadores de TOC apresenta certas convicções distorcidas ou até erradas despertou a atenção dos pesquisadores, que vêm tentando elucidar o papel que tais pensamentos ou crenças teriam no aparecimento e na manutenção dos sintomas, bem como nas dificuldades freqüentemente encontradas para a realização dos exercícios de EPR. Alguns pacientes, em especial aqueles que têm convicções muito fortes e inflexíveis sobre seus medos ou que apresentam, sobretudo, obsessões não-acompanhadas de rituais, possuem dificuldades muito grandes e eventualmente intransponíveis para realizar a terapia de EPR. Supõe-se que essas dificuldades sejam decorrentes de pensamentos, geralmente de conteúdo catastrófico, que estão por trás da maioria das obsessões, dos rituais e das evitações. De fato, é relativamente fácil verificar que os portadores de TOC exageram o risco de se contaminar ou de contrair doenças; acreditam que, em função do que fazem ou deixam de fazer, podem impedir que desastres aconteçam ou fazê-los acontecer. E que, se não fizerem os rituais, e os desastres, por acaso, acon-

tecerem, eles serão os responsáveis ("se eu não tocar nessa laje do pátio antes de sair de casa, minha mãe pode adoecer!"); vivem atormentados por certas dúvidas e tentam ter total certeza, mesmo quando isso é impossível, pois acreditam que, só tendo certeza absoluta, os erros não acontecem, assim como possuem senso exagerado de responsabilidade. Alguns são muito perfeccionistas, ficam extremamente aflitos se as coisas estão fora do lugar ou se correm riscos de cometer alguma falha. Alguns, ainda, são atormentados pela presença de certos pensamentos impróprios, que temem vir a praticar, esforçando-se sem sucesso para afastá-los. Resumidamente, essas são as crenças distorcidas mais comum que atormentam os portadores do TOC. Acredita-se que a presença de tais pensamentos catastróficos e crenças distorcidas contribua significativamente para a necessidade que o indivíduo tem de realizar os seus rituais, e que corrigi-los poderia contribuir para a diminuição de sua intensidade ou até o seu desaparecimento.

Se muitos dos pensamentos que invadem as nossas mentes nos perturbam emocionalmente e influenciam o nosso comportamento, também é verdade que emoções como o medo, a angústia, ou até mesmo as sensações como nojo ou repugnância, que são, em geral, involuntárias, perturbam nossa capacidade de avaliar o quanto tais medos têm sentido ou não. Particularmente no caso dos portadores de TOC, a aflição e o desconforto que acompanham as obsessões alteram a capacidade de julgar de forma realista as situações cotidianas, mesmo quando os medos que geram essa aplicação e esse desconforto não têm fundamento. Ou seja, as emoções também perturbam o pensamento, e, da mesma forma, um exercício bem-sucedido de enfrentamento, levando à perda de medos, pode alterar convicções erradas que se tinha sobre certas coisas.

Neste capítulo, abordaremos de forma breve os fundamentos da terapia cognitiva, descreveremos as crenças e os pensamentos distorcidos mais comuns em portadores de TOC e aprenderemos a identificá-los. Conheceremos, ainda, os modelos cognitivos (hipóteses) propostos para explicar a ocorrência dos sintomas OC. No próximo capítulo, conheceremos algumas técnicas cognitivas para corrigir os pensamentos os e aprenderemos a utilizá-las. Essas técnicas vêm sendo consideradas complemento importante das técnicas comportamentais de EPR, como comentamos.

O QUE É A TERAPIA COGNITIVA?

A palavra "cognitivo" vem do latim *cognoscere* e significa conhecer. Refere-se aos processos mentais envolvidos no conhecimento – percepção, atenção, memória, interpretação, raciocínio lógico, julgamento, além de habilidades como a capacidade de planejar uma atividade ou de solucionar um problema. O termo "terapia cognitiva" refere-se a um conjunto de técnicas, baseadas nas teorias cognitivas, que nos auxiliam na correção de crenças e pensamentos distorcidos ou errados, que seriam responsáveis pela origem e manutenção dos sintomas. Sua correção possibilitaria a melhora no paciente. Em portadores de TOC, são comuns crenças distorcidas, como exagerar o risco de contrair doenças ou supervalorizar o poder do pensamento, e, por esse motivo, as técnicas cognitivas, em princípio, podem ter uma larga aplicação. Essas técnicas e seus exercícios, inicialmente desenvolvidos por Aaron Beck para o tratamento de pacientes deprimidos, foram posteriormente estendidas e adaptadas para o tratamento de outros transtornos de ansiedade, como o transtorno do pânico e a fobia social e, mais recentemente, foram adaptadas para a abordagem terapêutica das distorções cognitivas típicas do TOC.[66,67;76,77;118-120] Elas complementam a terapia de exposição e prevenção de rituais e vêm sendo consideradas de grande utilidade pelos pacientes em geral, especialmente por aqueles que apresentam boa capacidade de introspecção, de *insight*, pois permitem melhor compreensão dos sintomas e dos motivos pelos quais são obrigados a fazer rituais, o que reduz a ansiedade, especialmente a provocada pelos exercícios, favorecendo a adesão às tarefas práticas.

Ensaios clínicos foram realizados comparando a eficácia da terapia cognitiva com a terapia de exposição e prevenção de rituais, e os resultados foram semelhantes, tanto na forma individual como em grupo.[71-74] Na prática, como já comentamos, as técnicas cognitivas vêm sendo cada vez mais associadas aos exercícios de EPR, e a terapia, cada vez mais, é cognitivo-comportamental (TCC). Por razões didáticas, separamos os dois tipos de abordagem para que você possa ter uma noção bem clara de cada uma delas, embora, na prática, sejam utilizadas integradamente. No presente capítulo, veremos os fundamentos da terapia cognitiva e, conseqüentemente, das técnicas que serão vistas no próximo capítulo.

OS PENSAMENTOS INFLUENCIAM NOSSAS EMOÇÕES E NOSSO COMPORTAMENTO

Um filósofo muito antigo chamado Epíteto (70 a.C.) já afirmava que as pessoas se perturbam muito mais com o que pensam sobre as coisas do que com o que as coisas em si. Muitos pensamentos

perturbam porque são de natureza catastrófica, como, por exemplo, a pessoa que tem ataques de pânico, com freqüência sente dor e aperto no peito, os quais interpreta como sinal de que pode estar tendo um ataque cardíaco. Essa interpretação catastrófica de sintomas físicos "normais" agrava ainda mais a ansiedade e o medo, em um verdadeiro círculo vicioso. Além disso, o medo intenso e a ansiedade interferem na capacidade de discernimento da pessoa, que passa a acreditar que tais pensamentos são verdadeiros, terminando, muitas vezes, em um pronto socorro desnecessariamente.

No TOC, um pensamento do tipo "se eu tocar nesse corrimão que tantas pessoas tocaram posso contrair uma doença" também pode causar aflição, medo e fazer com que certos portadores evitem tocar no referido corrimão, por considerarem verdadeiros tais pensamentos. São exemplos de como pensamentos negativos ou catastróficos, que provocam emoções desagradáveis, tais como medo e angústia, influenciam nosso comportamento (evitações, rituais) e até produzem certas reações físicas, como aumento dos batimentos cardíacos, falta de ar, suor nas mãos, etc., e, sobretudo, interferem em nossa capacidade de julgamento.

> Premissa básica na qual se baseia a terapia cognitiva: nossos pensamentos influenciam nossas emoções e nosso comportamento.

Vamos começar aprendendo a identificar dois tipos de fenômenos cognitivos que ocorrem em nossa mente: os pensamentos automáticos e as crenças.

PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E CRENÇAS

Pensamentos automáticos

Nossa mente nunca pára de funcionar (nem quando dormimos). Permanentemente, passam pela nossa mente pensamentos de vários tipos. Alguns são decorrentes da vontade e são fruto da reflexão e do pensamento lógico. São relacionados à atividade realizada no momento ou que está sendo planejada (p. ex., precisamos planejar o roteiro para ir até a casa de um amigo ou o que vamos fazer no domingo), ou são lembranças de fatos ocorridos que, se o desejarmos, podem ser interrompidos. Outros, entretanto, são involuntários, interrompem o fluxo normal do pensamento e passam rapidamente pela cabeça, muitas vezes sem serem percebidos. Eles aparecem na mente sob a forma de frases rápidas, telegráficas, em que dizemos para nós mesmos: "isso pode dar errado!"; "onde andará meu filho, que não deu notícias...!". Refletem preocupações, desejos, medos ou impulsos do momento. Podem ser percebidos de forma mais clara quando acompanhados por emoção mais forte. São os chamados *pensamentos automáticos*. Se o seu conteúdo é realista ou se não vêm acompanhados de emoção mais intensa, desaparecem com a mesma rapidez com que vêm à cabeça. Entretanto, muitos provocam angústia, irritação, raiva, culpa ou tristeza, devido ao seu conteúdo negativo ou catastrófico.[118] Nesses casos, perduram por mais tempo.





É mais fácil perceber a emoção associada ao pensamento automático do que o pensamento em si. Portanto, um bom momento para identificar pensamentos automáticos é ao notar mudanças emocionais como medo, apreensão, alívio, irritação ou tristeza. Se prestarmos atenção, poderemos identificar nessas ocasiões um ou mais pensamentos invadindo nossa mente, responsáveis, na verdade, por tais mudanças afetivas. É possível identificá-los facilmente se perguntarmos: "o que passou pela minha cabeça naquele momento?"

No TOC, são comuns pensamentos automáticos negativos ou catastróficos como: "isso está sujo", "posso contrair AIDS", "minha mãe pode morrer se eu não rezar seis vezes a Ave-Maria antes de deitar", "acho que o gás não ficou bem fechado e minha casa pode pegar fogo", "esse número pode

dar azar", "não sei se desliguei o ferro de passar roupa", entre outros. Esses são exemplos de pensamentos automáticos de natureza catastrófica, geralmente dúvidas e incertezas, cujo efeito imediato é aumentar o nível de ansiedade e levar a pessoa a fazer algo para impedir que o desastre imaginado aconteça. Esse "fazer algo" é executar um ritual: lavar as mãos, realizar uma verificação ou evitar um contato (rituais e evitações).

O problema dos pensamentos automáticos é que, no momento em que ocorrem, parecem plausíveis ou razoáveis e, por esse motivo, geralmente são aceitos como verdadeiros, sem nenhum tipo de questionamento e sem qualquer avaliação ou mesmo reflexão. Isso se deve, em grande parte, ao fato de serem coerentes com as coisas em que o indivíduo acredita (sistema de crenças do indivíduo) e, em razão dessas crenças, eles são até previsíveis (pessoas que tendem a exagerar o risco de contrair doenças com freqüência têm pensamentos automáticos relacionados com sujeira ou contaminação, ou com a possibilidade de terem, de fato, uma doença).

Um dos objetivos da terapia cognitiva, portanto, é que você aprenda a perceber quando tais pensamentos catastróficos invadem sua cabeça, aprenda a identificá-los e, em vez de tomá-los como verdadeiros automaticamente, aprenda a avaliá-los de forma mais realista. Para isso, deverá encará-los apenas como hipóteses a serem ser testadas, e não como verdades. Verá se existem evidências a favor, bem como contrárias e, em vez de estabelecer conclusões com base em seus medos ou em suas crenças, aprenderá a concluir com base nessas evidências. Estamos adiantando uma breve explicação sobre uma das formas que a terapia cognitiva utiliza para corrigir crenças e pensamentos errados, apresentada mais detalhadamente no próximo capítulo.

Crenças nucleares ou crenças centrais

Ao contrário dos pensamentos automáticos, que são geralmente passageiros, as crenças são convicções mais permanentes, muitas vezes arraigadas e inflexíveis, que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre o mundo à sua volta ou sobre seu futuro. Quando são mais estáveis e cristalizadas, são chamadas de *crenças nucleares* ou *crenças centrais*. Nossas crenças formam um conjunto de regras e de princípios que norteiam nossas decisões, nossa conduta e, conseqüentemente, nossas vidas. Elas se formam a partir das experiências de vida, da educação recebida em família ou na escola, da cultura do grupo étnico ao qual pertencemos, da influência que sobre nós exercem nossos amigos, nossos grupos de lazer ou a religião à qual somos filiados. Elas podem se expressar por afirmações distorcidas, que podem ser absolutas (tudo ou nada), nem sempre conscientes, mas aparentemente lógicas: "nada dá certo comigo", "se eu me sair mal nesta prova é porque sou incompetente", "sou incapaz de vencer meus medos", "tenho que tirar sempre 10 e não 9". Podem, ainda, constituir verdadeiros sistemas estruturados em conjuntos de crenças ou de regras que, eventualmente, se transformam em decálogos de conduta: "devo ser..." ou "deveria...". E, da mesma forma como ocorre com os pensamentos automáticos em geral, não são questionadas quanto à sua veracidade. Podem ser realistas, distorcidas ou negativas. Conforme comentamos anteriormente, nas diferentes circunstâncias do cotidiano, sobretudo diante de situações que representam riscos, mudanças, desafios e novidades, nossas crenças ou sistemas de crenças ativam pensamentos automáticos coerentes com o que acreditamos, podendo ser negativos, catastróficos ou positivos, de autoconfiança, etc.

As crenças nem sempre estão claramente presentes em nossa consciência. Elas influenciam nossas lembranças, nossa percepção e nossa interpretação da realidade, muitas vezes sem que percebamos. Constituem uma espécie de óculos, com os quais enxergamos o mundo, as pessoas à nossa volta, a nós mesmos ou vislumbramos nosso futuro, muitas vezes sem nos darmos conta das suas distorções.[118] Podemos deduzi-las a partir do exame do conteúdo de nossos pensamentos automáticos – que são mais fáceis de perceber e que são uma espécie de espelho de nossas crenças. Por serem mais consistentes e mais permanentes, as crenças são mais difíceis de serem modificadas.

Suposições e regras (crenças intermediárias)

Há, também, outro tipo de crenças, as quais podem ser mais flexíveis e não tão rígidas quanto as crenças nucleares, já citadas, sendo expressas sob a forma de suposições ("se..., então...") ou de regras

("devo..." ou "deveria..."). Nesses casos, são chamadas de *crenças intermediárias*, pois se situam entre os pensamentos automáticos, mais superficiais, e as crenças nucleares, mais profundas e nem sempre conscientes. Representam hipóteses, geralmente tendenciosas, que o indivíduo utiliza para confirmar ou consolidar suas crenças nucleares.[118] Alguns exemplos são: "se eu não verificar o gás, minha casa poderá incendiar", "se alguma coisa der errado na vida de meu filho, a falha foi minha", "não posso errar", "tenho que ser o melhor sempre", "se eu for cuidadoso (fazendo várias verificações), não cometerei erros", "as coisas devem estar no seu lugar", "se eu não trocar de roupa ao chegar em casa, meus familiares poderão contrair alguma doença" ou "se eu tiver certeza, não cometerei erros". São regras que induzem à realização de rituais.

O MODELO COGNITIVO (MODELO ABC)

O que foi comentado até aqui sobre a teoria cognitiva pode ser organizado em um esquema simples, denominado modelo ABC, que facilita a compreensão da influência das crenças sobre os pensamentos automáticos, e destes sobre o comportamento e as emoções (Figura 8.1).

As afirmações básicas desse modelo são as seguintes:

- Determinadas situações, locais, objetos ou pessoas ativam (*situação ativadora – A*) pensamentos automáticos;
- Essa ativação é influenciada pelo sistema de crenças predominantes (nucleares e intermediárias) do indivíduo (*beliefs – B*);
- Os pensamentos automáticos, por sua vez, provocam respostas emocionais, fisiológicas e de conduta – medo, taquicardia, rituais, evitação (*conseqüências – C*).

O sistema de crenças predominante (exagerar o risco ou a responsabilidade, necessidade de ter certeza, perfeccionismo) ativa pensamentos automáticos, que, por sua vez, produzem respostas (conseqüências) emocionais, comportamentais e cognitivas.

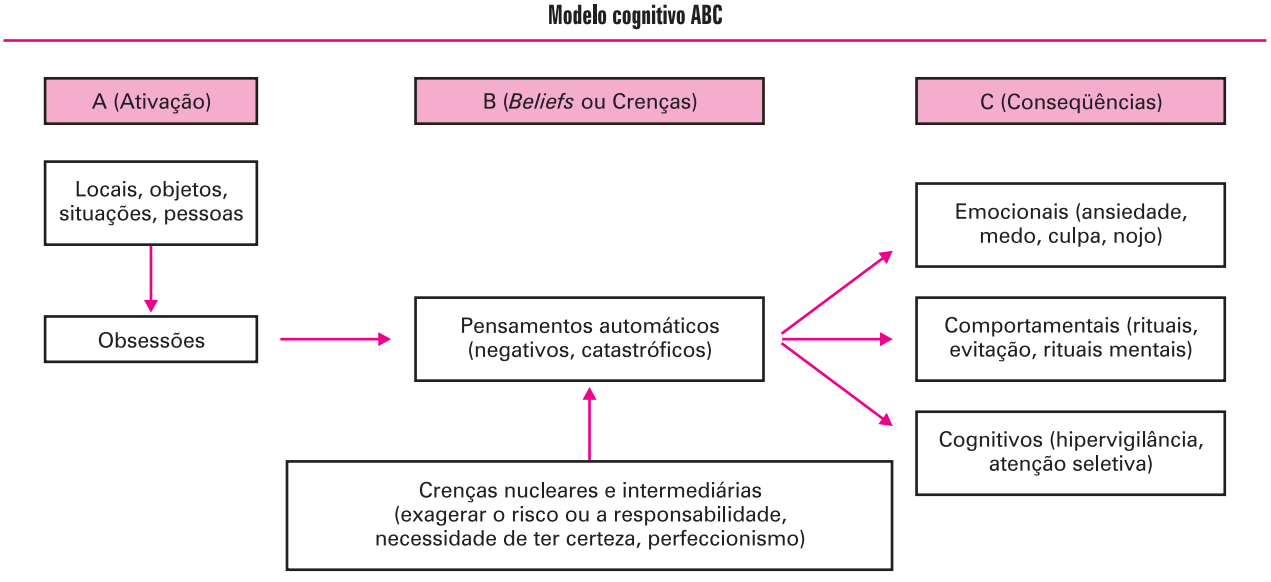


Figura 8.1 O modelo cognitivo adaptado ao TOC.

Resumo das afirmações básicas da teoria cognitiva

- Os pensamentos influenciam as emoções e o comportamento das pessoas.
- Os pensamentos automáticos são ativados pelo sistema de crenças subjacente.
- Os pensamentos automáticos, quando negativos ou catastróficos, produzem respostas emocionais (medo, aflição) e comportamentais desadaptadas (rituais, evitação).
- As emoções podem perturbar os pensamentos e o comportamento.
- O comportamento (ritual ou evitação) pode modificar as emoções (reduzir o medo), e o pensamento (a exposição a um ritual, ou a abstenção de executá-lo) pode modificar uma crença.
- A correção dos pensamentos automáticos e das crenças distorcidas provoca mudanças nas emoções (medo, aflição) e no comportamento (rituais, evitações, neutralizações).

AS CRENÇAS DISTORCIDAS NO TOC E O MODELO COGNITIVO

No TOC, por trás da maioria dos rituais e das evitações, geralmente há uma afirmativa não-explícita ou não-consciente, mas que é latente e fácil de se acessar, e que revela uma crença distorcida ou até errada. Essas afirmativas ou crenças freqüentemente envolvem questões como segurança, riscos, responsabilidade ou falhas: "a sujeira sempre é perigosa", "lavar as mãos várias vezes impede que eu contraia doenças", "se eu for a um velório ou entrar em uma funerária, poderei ser o próximo a ser chamado", "como sonhei com um acidente, meu filho não deve viajar, pois meu sonho indica que existe um risco de acontecer o mesmo com ele", "um acidente vai ocorrer porque não contei até três", "se não lavar as mãos toda vez que chego da rua, posso trazer doenças para dentro de casa", "não devo sentar no sofá da sala depois de tomar banho e vestir o pijama", "se eu pensar em um desastre, ele poderá acontecer" ou "se eu deixar as janelas abertas, minha casa ficará tomada de germes da rua, por isso não devo nunca abri-las". Esses pensamentos nem sempre estão claros, mas, se nessas circunstâncias, ao adotar comportamentos evitativos ou executar rituais, o indivíduo parar para pensar, facilmente identificará um pensamento (ou medo) que passou pela sua cabeça e o levou a adotar tais comportamentos. É o pensamento automático, que, por sua vez, revela algumas convicções (crenças) que a pessoa tem. Em conseqüência da crença, segundo a qual facilmente podem ser trazidas doenças da rua, foi estabelecida a regra de lavar as mãos ao chegar em casa (ritual), de evitar abrir as janelas ou de que não se deve sentar no sofá da sala depois de vestir o pijama para dormir (evitação), porque o sofá é sujo ou contaminado. Dessa forma, a sujeira ou os germes poderiam ser levados para os lençóis limpos e provocar doenças (crença distorcida).

A crença de que lavar bastante as mãos é saudável pode, inclusive, ser totalmente errada, pois pode se tornar prejudicial, quando exagerada, em vez de benéfica à saúde. Portadores de TOC, com freqüência, são obrigados a recorrer a dermatologistas por desenvolverem dermatites, fissuras nas mãos ou fungos debaixo das unhas, pelo uso excessivo de sabão ou álcool, que, segundo o que acreditam, irá protegê-los de contaminações. O álcool, muito utilizado pelos portadores do TOC, resseca a pele e pode inclusive determinar lesões.

Como se vê, a presença de certos pensamentos invasivos (obsessões) é interpretada de forma distorcida (catastrófica) por esses pacientes, como indicativo de que algo ruim pode acontecer, sentindo-se responsáveis por isso (por provocar ou por impedir). São erros de interpretação e, portanto, de lógica. Todos esses exemplos serão retomados mais adiante, com maior profundidade, no Capítulo 9 e nos seguintes, em que também serão abordadas as formas de corrigi-los.

Domínios (ou tipos) de crenças distorcidas no TOC

A convicção firmada ao longo do tempo de que as crenças têm papel importante no TOC fez com que um grupo de especialistas, denominado Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), se reunisse em duas ocasiões, entre 1995 e 1997, para estabelecer, por consenso, o que seriam as crenças ou os principais grupos de crenças disfuncionais no TOC.[121] Esse grupo de trabalho propôs o que chamou de domínios de crenças e que seriam comuns em portadores do TOC, embora nem todos fossem específicos do transtorno. Essa proposta teve um grande impacto nos anos que se seguiram,

pela quantidade de pesquisas que desencadearam, proporcionando uma importante contribuição para uma melhor compreensão dos fenômenos OC. O OCCW propôs os seguintes temas (domínios de crenças) como característicos do TOC.

Crenças erradas ou distorcidas no TOC

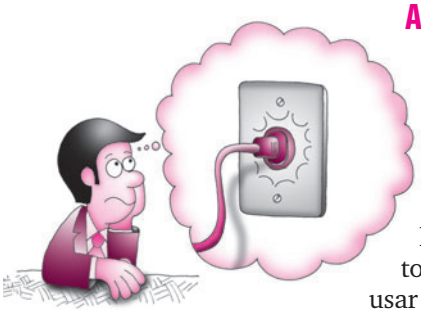
- *Exagerar o risco* de contrair doenças, de se contaminar ou de que ocorram desastres ("se eu tocar no dinheiro e não lavar as mãos depois, posso contrair doenças" ou "se eu usar o sabonete ou a toalha usados pelos meus familiares, posso contrair doenças").
- *Exagerar a responsabilidade* que acreditam ter, no sentido de provocar e impedir desastres ("meu carro foi roubado, e a responsabilidade foi toda minha porque eu não verifiquei se a porta estava fechada" ou "se eu não verificar a porta, ela pode não ter ficado bem fechada e, se houver um roubo, a responsabilidade será toda minha").
- *Valorizar de forma excessiva os pensamentos e a necessidade de controlá-los* ("se passa pela minha cabeça um pensamento impróprio, existe um risco de que eu venha praticá-lo" ou "passou pela minha cabeça a cena de um desastre de carro e estou com medo de que isso possa fazer com que meu filho se acidente").
- *Valorizar a necessidade de ter certeza* para não cometer falhas ("se eu falhar, não irão me perdoar" ou "se tiver certeza, não cometerei falhas!").
- *Perfeccionismo* ("não posso falhar", "é imperdoável cometer erros" ou "as coisas têm que estar no seu lugar").

Esses pensamentos e crenças usualmente não são questionados, envolvem erros de lógica e se expressam sob a forma de conjuntos de regras que norteiam a vida do indivíduo, levando-o a executar rituais ou a evitar situações e objetos considerados perigosos, mesmo que tais pensamentos e crenças não tenham qualquer comprovação. Técnicas cognitivas permitem corrigir essas formas erradas de pensar (alguns desses métodos serão descritos ao longo deste manual e aprendidos por meio de exercícios). Vejamos um pouco mais em detalhe esses grupos de crenças.

Responsabilidade excessiva

Responsabilidade excessiva é a crença que certos indivíduos tem de terem um poder que é crucial para provocar ou para impedir que aconteçam desastres, fatos negativos para si ou para os outros e que considera difíceis de serem prevenidos. A distorção cognitiva mais típica é a de acreditar que qualquer influência que se possa ter sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total por ele. É a tendência a sentir-se responsável por eventos que estão fora do próprio controle e por suas possíveis conseqüências.[66,67;122]

Esse sentimento de responsabilidade leva à realização constante de rituais de verificação, de limpeza, repetições ou até mesmo rituais de caráter supersticioso, como, por exemplo: "se eu não apagar e acender a luz seis vezes, minha mãe pode adoecer, e a responsabilidade será minha" ou "se eu não verificar o fogão, o gás pode vazar, minha casa vai incendiar, e serei o único responsável". Ter excesso de responsabilidade é considerado por alguns autores como o problema central do TOC.[66,67]



Avaliar de forma exagerada o risco

Avaliar de forma exagerada o risco é a tendência a superestimar a gravidade das conseqüências e a probabilidade de que eventos negativos aconteçam, ocasionando rituais de limpeza, lavagens excessivas, verificações e evitações.

Alguns exemplos: "se eu apertar as mãos de outras pessoas ou tocá-las, posso contrair doenças" ou "se eu deixar o rádio despertador ligado na tomada, ele poderá incendiar, e toda a casa pegará fogo" ou, ainda, "se eu usar um banheiro público, poderei contrair AIDS".

Avaliar de forma exagerada a importância e o poder dos pensamentos

Avaliar de forma exagerada a importância e o poder dos pensamentos é a crença de que, com o seu pensamento, você pode influenciar o futuro, por exemplo, provocando desastres; de que, se pensar em algum acontecimento ou enxergar uma cena imaginária, por exemplo, de um acidente, ou sonhar com ele, este poderá acontecer.

Em outras palavras, você acredita que poderá fazer acontecer porque você pensou, imaginou ou sonhou e que, portanto, você tem o poder de provocar ou de impedir acontecimentos futuros. da mesma forma, como foi você quem pensou, você é o responsável se, por acaso, o fato vier a acontecer: "porque eu pensei (ou sonhei) em morte, alguém da minha família vai morrer". Curiosamente, você não acredita que tenha esse mesmo poder para coisas positivas, como, por exemplo, ganhar na Mega Sena ou coisa parecida. Dentro desse tópico, costuma-se incluir duas modalidades de crenças distorcidas: *fusão do pensamento e da ação* e o *pensamento mágico*.

Fusão do pensamento e da ação

O portador do TOC, eventualmente, acredita que pensar sobre um acontecimento inaceitável ou perturbador torna mais provável que esse evento aconteça. Além disso, acredita que ter um pensamento inaceitável equivale, moralmente, a praticá-lo. Em outras palavras, pensar equivale a agir, desejar ou cometer. É a chamada fusão do pensamento e da ação (em inglês, "thought/action fusion").[121,123]

Por exemplo, para o portador do TOC, a ocorrência de pensamentos impróprios, de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, que é muito comum no TOC, significaria desejá-los e equivaleria, moralmente, a praticá-los, e é um indicativo de que há risco real (probabilidade) de vir a cometê-los. Portanto, deve tomar todas as precauções para que o fato não ocorra. Portadores do TOC que têm a sua mente invadida pelo pensamento de dar um soco nas pessoas pelas quais passam na rua se afastam de todos os pedestres, temendo cometer tal ato. Essa crença acarreta uma valorização excessiva do poder e do conteúdo do pensamento e a necessidade de controlá-lo.

Confundir pensar com agir: exemplos clínicos

Uma paciente que tinha a mente invadida pela idéia de esfaquear o marido passou a acreditar que poderia cometer tal ato. Por essa razão, inicialmente, deixou de manusear facas na cozinha e, depois, passou a escondê-las. Em hipótese alguma admitia estar com faca na frente do marido, pois, efetivamente, acreditava que poderia cometer o que lhe passava pela cabeça. Outro paciente apresentava obsessões por molestar sexualmente sua irmã de quatro anos de idade. Sentia muita culpa por seus maus pensamentos e, em hipótese alguma, admitia brincar com a irmã ou ficar a sós com ela. Um outro não segurava seu bebê perto da janela, temendo atirá-lo para fora, pois admitia que o fato de essa idéia lhe passar pela cabeça indicava tal possibilidade. Acabou colocando telas em todas as janelas, para que fosse impossível cometer o ato. Acreditava, ainda, que era um homicida (filicida) em potencial e que, um dia, esse lado perverso de sua personalidade iria se manifestar.

Pensamento mágico

O pensamento mágico caracteriza-se por não seguir as leis da lógica ou pela crença de que é possível provocar efeitos que contrariam as leis naturais ou da própria física, como, por exemplo, agir a distância, agir no futuro. No pensamento mágico, o indivíduo não distingue causalidade de correlação.

A pessoa acredita, por exemplo, que o time ganhou porque estava usando uma camisa de determinada cor, e, por esse motivo, todas as vezes que vai a umam partida de futebol usa a mesma camisa, acreditando que ela possa influenciar o resultado do jogo. Acredita-se que esse tipo de distorção esteja por trás de obsessões e de rituais de conteúdo mágico, como fazer contagens, evitar usar roupas de certas cores ou fazer algo em certos horários, pois pode dar azar. A pessoa acredita que

possa provocar desgraças, por exemplo, pisando primeiramente com o pé esquerdo, se deixar de alinhar um objeto na mesa ou os livros na estante, se vestir uma camisa preta ou vermelha. Acredita que pode impedir que desgraças aconteçam, tocando três vezes em uma pedra ou na madeira, ou evitando passar embaixo de escadas.

Preocupação excessiva em controlar os próprios pensamentos

Como você acredita que pode provocar desgraças com seus pensamentos ou imagens negativas, você pensa que precisa ter controle total sobre eles e procurar afastá-los de sua mente, pois são "perigosos", e você será o responsável caso algo aconteça. Um exemplo é: "irei para o inferno se eu não conseguir afastar esses pensamentos de conteúdo blasfemo (p. ex., pensamento de conteúdo sexual com Jesus Cristo na cruz)". Vigiá-los e lutar contra eles é a conseqüência lógica. Entretanto, vigiar os pensamentos e esforçar-se por afastá-los da mente cria o efeito paradoxal de aumentar a sua intensidade e a sua freqüência. É o chamado efeito Urso Branco, sobre o qual nos aprofundaremos mais adiante, quando abordarmos mais detalhadamente a questão dos pensamentos "ruins", "maus" pensamentos e pensamentos impróprios.

Intolerância à incerteza

É a necessidade de ter certeza absoluta em relação ao presente e ao futuro e a crença de que isso não só é desejável como é perfeitamente possível. Para alguns autores, essa também é uma questão central no TOC – a dificuldade de conviver com a incerteza, a qual está por trás das obsessões de dúvida, ruminações obsessivas, repetições, verificações e busca por reasseguramentos.[78] Está relacionada à responsabilidade e ao perfeccionismo, visto que se acredita que, tendo certeza, não se cometem falhas.

Alguns exemplos: "se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, vou cometer erros e não serei perdoado" ou "preciso ter certeza de que, na conversa com meu amigo, não falei nada impróprio".

Perfeccionismo, necessidade de completude

É a tendência a comportar-se de acordo com um padrão muito elevado de exigências e de intolerância a falhas.[124] O perfeccionismo está relacionado a obsessões e compulsões por ordem, simetria, alinhamento; com verificações e repetições decorrentes da necessidade de fazer as coisas de forma perfeita, completa ou sem falhas.

São exemplos: "se meu trabalho tem alguma falha, perde totalmente seu valor", "uma falha sempre representa um fracasso", "a falha sempre é imperdoável, mesmo se involuntária ou não-intencional" ou, ainda, "é possível, então devo ser perfeito". Uma outra dificuldade que freqüentemente se observa é a questão da intolerância à incompletude. As tarefas têm que estar completas e nada pode ser deixado para depois.

Nem sempre todas essas crenças estão presentes em todos os portadores de TOC. Uma ou mais podem predominar (perfeccionismo, excesso de responsabilidade, necessidade de ter certeza, etc.), mas também pode ocorrer sobreposição de crenças em um mesmo paciente (excesso de responsabilidade, exagerar o risco, necessidade de ter certeza e perfeccionismo). Nos próximos capítulos, ao apresentarmos os diversos grupos de sintomas do TOC e seu tratamento, abordaremos as crenças subjacentes, e serão propostos vários exercícios e técnicas para corrigi-las.

Um breve resumo do modelo cognitivo para as obsessões

Salkovskis apresentou uma proposta mais detalhada do modelo cognitivo, sobre a origem e a manutenção dos sintomas OC, na qual integra aspectos biológicos, aprendizagens e influências ambientais,

e enfatiza o papel das interpretações errôneas, assim como o significado catastrófico atribuído à presença de pensamentos intrusivos.[66,67] Ela pode ser resumida como segue:

1. Há indivíduos que, em razão de disfunção neuroquímica, herança genética, aprendizagens erradas, ambiente familiar, tipo de educação ou crenças adquiridas ao longo da vida, são muito sensíveis a determinados temas, como risco, responsabilidade, culpa, falha, etc.
2. Nesses indivíduos, pensamentos invasivos normais transformam-se em obsessões, devido ao significado atribuído à sua presença na mente ou às interpretações negativas ou distorcidas do seu conteúdo.
3. A presença desses pensamentos invasivos (obsessões) é interpretada como um indicativo da possibilidade de o indivíduo provocar danos aos outros ou a si mesmo, praticando-os (cometendo), ou de que é sua a responsabilidade em preveni-los (excesso de responsabilidade).
4. Tal interpretação produz ansiedade, medo ou culpa, levando o indivíduo a fazer algo que o livre do desconforto (neutralização) e previna os danos ou desgraças que teme que possam acontecer, em função de considerar sua a responsabilidade em preveni-los.
5. A ansiedade é neutralizada pela realização de rituais, compulsões mentais ou comportamentos evitativos.
6. Paralelamente, aumenta a atenção e a vigilância, que faz com que o indivíduo perceba muito mais as situações e os objetos que desencadeiam suas obsessões.
7. Tais manobras impedem a exposição prolongada e o desaparecimento natural dos medos por meio da habituação, perpetuando o TOC.

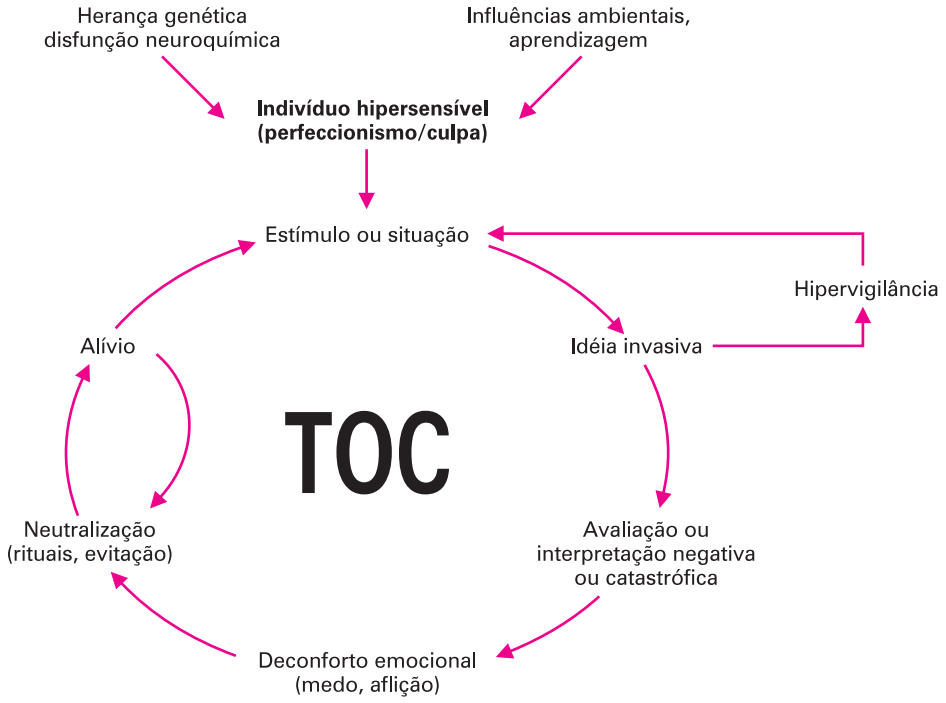


Figura 8.2 O modelo cognitivo do TOC. (Baseada em Rachman, 1997; Salkovskis, 1998.)[14,53]

Comentários críticos

O modelo cognitivo proposto por Rachman e Salkovskis, embora pareça bastante lógico em um primeiro momento, necessita de comprovação experimental. Estudos recentes têm levantado dúvidas sobre o quanto indivíduos não-portadores de TOC interpretariam diferentemente a presença de cer-

tos pensamentos intrusivos em relação a portadores do TOC, de acordo com o que propõe Rachman. Também é colocada em dúvida o quanto a teoria poderia se aplicar à diversidade de apresentações do TOC e se as interpretações distorcidas seriam distintas das que ocorrem em outros transtornos psiquiátricos.[125,126]

EXERCÍCIOS PRÁTICOS DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E CRENÇAS DISTORCIDAS NO TOC

É interessante agora você fazer alguns exercícios de identificação e registro de pensamentos automáticos e de crenças distorcidas, correlacionando-os com os sintomas OC. Para podermos corrigir os pensamentos automáticos negativos ou catastróficos que acompanham as obsessões e as crenças distorcidas e erradas subjacentes, temos que aprender a identificá-los. Essa é uma habilidade que você necessita desenvolver para, posteriormente, poder usar as técnicas cognitivas que apresentaremos no próximo capítulo. Com essa finalidade, existem dois exercícios de conteúdo cognitivo para você fazer. O primeiro é mais simples e é um exercício de *Identificação e registro de crenças subjacentes aos sintomas do TOC*. Veja no Caderno de exercícios as instruções e o Formulário 7 (p. 252). Leia as instruções e faça o exercício.

O segundo exercício é o *Registro dos Pensamentos Disfuncionais* (RPD), que, de certa forma, recapitula o modelo ABC, descrito anteriormente. Ele tem por finalidade ajudar o paciente a desenvolver a habilidade de identificar os seus pensamentos automáticos, os locais e as situações nos quais são ativados, assim como as conseqüências e as crenças subjacentes a eles. Existe no Caderno de exercícios um formulário que, na verdade, é uma planilha para fazer esse tipo de exercício (Formulário 8, p. 253). Leia as instruções, veja o exemplo que está na planilha, faça o exercício com exemplos seus de obsessões, rituais e evitações e leve o registro para as sessões de terapia. É interessante repetilo várias vezes até aprender a identificar seus pensamentos automáticos espontaneamente.

RESUMO E DESTAQUES

- Nossos pensamentos influenciam nossas emoções e nosso comportamento.
- *Pensamentos automáticos* são pensamentos rápidos, telegráficos, muitas vezes involuntários, geralmente conscientes, cujo conteúdo pode ser neutro, negativo ou catastrófico. Quando catastróficos ou negativos, provocam emoções desagradáveis, como medo, angústia, tristeza ou raiva. Muitas vezes, são tomados como verdadeiros, influenciando o comportamento do indivíduo, que pode tentar neutralizá-los com rituais ou evitações.
- *Crenças nucleares* ou centrais são convicções mais permanentes que os indivíduos têm sobre si mesmo, sobre o mundo ao seu redor ou sobre o seu futuro. Formam-se por meio das experiências do indivíduo, na sua interação com o meio ambiente e com a família em particular. Assim como os pensamentos automáticos, as crenças podem ser realistas, errôneas ou distorcidas.
- As crenças distorcidas mais comuns em portadores do TOC são exagero do risco, excesso de responsabilidade, exagero do poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo, fusão do pensamento e da ação, pensamento mágico, intolerância à incerteza e perfeccionismo.
- Acredita-se que as crenças distorcidas, diante de determinadas situações, objetos ou pessoas ativem pensamentos automáticos negativos ou catastróficos, que, por sua vez, provocam medo, ansiedade e levam os indivíduos a executarem rituais ou a adotarem outras medidas para reduzir o desconforto, como as evitações.
- Aprender a identificar pensamentos automáticos e crenças é o primeiro passo para corrigi-los.
- Aplicamos esses conceitos na elaboração do Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), um instrumento básico da terapia cognitiva, que facilita identificação das *situações ativadoras* (A), dos *pensamentos automáticos e das crenças subjacentes* (B) e *das conseqüências* (C) emocionais (medo, ansiedade, nojo) ou comportamentais.

Capítulo 9

TÉCNICAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO DO TOC

No presente capítulo, vamos conhecer as técnicas cognitivas utilizadas na correção de pensamentos automáticos e de crenças distorcidas que acompanham as obsessões e que estão por trás da necessidade de execução dos rituais e das evitações no TOC. Vamos aprender a identificá-los e a utilizar alguns exercícios, com base na lógica e nas evidências (técnicas cognitivas), para corrigi-los e, com isso, reduzir a intensidade do medo, do desconforto e encorajá-lo a realizar os exercícios de exposição e prevenção dos rituais e também a enfrentar seus medos, o que é crucial para vencê-los.

Crenças erradas sempre fizeram parte do cotidiano dos seres humanos e, paulatinamente, vêm sendo substituídas pelo conhecimento científico. Por exemplo, durante milênios a humanidade acreditou que o Sol girava ao redor da Terra e que a Terra era plana. Essas crenças, nos primórdios da nossa história, relacionavam-se particularmente com a forma como eram interpretados os fenômenos naturais mais assustadores, como os terremotos, as tempestades, os furacões, as epidemias, as doenças, as derrotas de guerra e, sobretudo, a morte. Tais fenômenos eram entendidos como expressão da vontade de seres sobrenaturais: vontade dos deuses ou obra de demônios. Na própria Bíblia, fenômenos naturais, tais como terremotos, irrupção de vulcões, tempestades, pestes, pragas ou doenças eram interpretados como castigos enviados por Deus, em virtude de condutas inadequadas dos homens, de pecados cometidos ou, até mesmo, como provações para testar a fé do povo eleito. Em muitas culturas, havia a crença de que a realização de sacrifícios, normalmente de animais, mas, às vezes, até de seres humanos, oferendas e penitências poderiam aplacar a ira dos deuses e fazer cessar tais castigos. Esses sacrifícios, muitas vezes, eram de grandes proporções, como a chamada hecatombe realizada entre os gregos, que era o sacrifício de 100 bois em uma única ocasião, para acalmar determinada divindade, quando grandes desgraças haviam ocorrido em uma cidade. Superstições, mitos e crenças fazem parte da cultura de praticamente todos os povos, e rituais religiosos são até hoje realizados, com a finalidade de apaziguar medos e de influenciar o futuro.

O portador de TOC também é dominado por medos e aflições, que tenta eliminar realizando rituais que, por sua vez, pelo alívio que provocam e por seu caráter repetitivo, lembram, muitas vezes, os rituais religiosos. Com freqüência, as pessoas acreditam poder influenciar, seja provocando, seja impedindo, acontecimentos futuros. Em muitas ocasiões, são inteiramente tomadas por medos supersticiosos, tornando-se prisioneiras de tais crenças (muitas vezes verdadeiras convicções) e preferindo continuar a realizar seus rituais, em vez de ousar contrariá-los. Não há prova de que deixar os chinelos virados à noite ou entrar em uma funerária possa fazer com que alguém da família adoeça; ou mesmo de que se possa contrair AIDS tocando na torneira de um banheiro público. Embora existam inúmeras evidências contrárias, e nenhuma a favor dessas crenças, os pacientes não admitem correr o risco de contrariá-las. A questão é como corrigir tais crenças erradas – muitas vezes arraigadas e intensas –, que, em vários casos, acompanharam a pessoa praticamente durante toda a sua vida, e livrar-se dos medos.

No capítulo anterior, foi abordado como pensamentos e crenças influenciam nossas emoções e o nosso comportamento. Sentimos medo em função do que pensamos. Assim, se estamos com medo ou sentimo-nos em perigo, temos que fazer algo para afastar a possível ameaça ou para fugir. No caso do TOC, a realização de rituais e as evitações são os recursos mais utilizados, com o inconveniente de que mantêm, e não corrigem, nem as crenças erradas nem os medos associados, tornando o paciente refém de tais estratégias. Neste capítulo você irá conhecer alguns recursos, as chamadas técnicas cognitivas, das quais poderá se valer para corrigir crenças e pensamentos distorcidos ou errôneos

que, juntamente com métodos de exposição e prevenção de rituais, constituem um dos recursos mais efetivo para reduzir e até eliminar definitivamente os sintomas OC.

COMO PODEMOS CORRIGIR CRENÇAS E PENSAMENTOS ERRÔNEOS OU DISTORCIDOS

A terapia cognitiva se baseia no uso da razão e do raciocínio lógico como recurso para corrigir crenças e pensamentos errados ou distorcidos. Para isso, em um primeiro momento, é fundamental saber identificar tais crenças (afirmativas, pensamentos automáticos) para, depois, tentar modificá-las com as diversas técnicas, que serão descritas a seguir. Esses recursos tentam verificar a validade de tais afirmativas, muitas vezes categóricas, por meio de exercícios de lógica – a busca por evidências que as sustentem e, também, que façam o contrário – ou testando-as na prática. Dependendo dos resultados desse exame das evidências (fatos), podemos rejeitá-las ou mantê-las, de forma muito semelhante ao que fazem os cientistas quando levantam uma hipótese e buscam comprová-la ou rejeitá-la por meio de experiências científicas.

A mente racional

A terapia cognitiva usa, basicamente, a razão, o raciocínio lógico, para corrigir pensamentos e crenças disfuncionais. Emoções como o medo e a culpa deveriam se submeter ao exercício do raciocínio lógico e se dissiparem, uma vez que os fatos (as evidências) demonstram que não têm fundamento. Porém, nem sempre as coisas funcionam dessa forma. Quando os medos são muito intensos, as pessoas não ousam seguir o que diz a voz da razão ou o que mostram os fatos. Essa é uma das limitações da terapia cognitiva: medo, angústia, culpa ou outros sentimentos, quando muito intensos, obscurecem a capacidade de perceber e de interpretar os fatos, e dificilmente se submetem à razão, pois o medo obscurece os sentidos, e passamos a perceber as coisas de forma diferente do que, na verdade, são, como afirmava dom Quixote, em ocasiões nas quais seu fiel escudeiro Sancho Pança sentia medo.

Apesar dessas limitações, a razão, ou a mente racional, é a nossa grande aliada para desfazer medos infundados ou para manejar, de forma adequada, situações de perigo. É justamente dessa possibilidade que se vale a terapia cognitiva. A seguir, apresentaremos algumas características da mente racional, nas quais as técnicas cognitivas se baseiam.

A mente racional

- Busca evidências para estabelecer suas conclusões.
- Busca várias alternativas para poder fazer escolhas.
- Não é demasiadamente influenciada pelas emoções.
- Aprende testando (ensaio e erro), a partir da experiência.
- Pesa as vantagens e as desvantagens.
- Desenvolve o conhecimento lentamente.
- Tem visão de longo prazo.

Os métodos da terapia cognitiva

De certa forma, a terapia cognitiva segue o método científico: ela convida você a comportar-se como um cientista. Para isso, inicia auxiliando você a identificar seus pensamentos automáticos e crenças distorcidas, conforme demonstrado no capítulo anterior. Em um segundo momento, sugere que, em vez de tomá-los como verdades, você os considere, momentaneamente, como meras hipóteses, que devem ser comprovadas, dispondo-se a testá-los, mesmo que isso implique enfrentar medos e ter um aumento passageiro de ansiedade. Finalmente, auxilia você a modificá-los, caso não encontre evidência que os justifique e caso os fatos sejam contrários ao que acredita. Você deverá ter a coragem de comportar-se coerentemente com as evidências encontradas, mesmo que isso pareça envolver algum risco ao contrariar convicções muito antigas ou arraigadas. Implicará, ainda, experimentar um aumento passageiro da ansiedade e do medo, emoções desagradáveis, em função das incertezas.

A terapia cognitiva é, na verdade, uma descoberta orientada: o terapeuta o auxilia a substituir convicções ilógicas e sem fundamento por crenças sustentadas por fatos ou evidências. A correção na maneira de pensar acabará, depois de passado o medo inicial em reduzir a aflição, com a ansiedade, com a culpa e com os comportamentos decorrentes dessas emoções desagradáveis, assim como com a necessidade de realizar rituais e com as evitações. Modificar as crenças distorcidas ou erradas representará, portanto, um verdadeiro processo de libertação.

A seguir serão descritas as principais técnicas cognitivas que têm sido propostas por diversos autores para corrigir pensamentos e crenças distorcidos em outros transtornos e que, com algumas adaptações, vêm sendo utilizadas no tratamento do TOC.[66,67;119-120] Ao longo dos próximos capítulos, essas técnicas serão associadas às já conhecidas técnicas de exposição e prevenção de rituais ou, eventualmente, aos medicamentos, na abordagem terapêutica de sintomas específicos.

TÉCNICAS COGNITIVAS USADAS NO TRATAMENTO DO TOC

As técnicas cognitivas propostas para uso no tratamento dos sintomas do TOC são, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Aaron Beck, para o tratamento da depressão, e por David Clark, para o tratamento dos transtornos de ansiedade.[118,127] Elas foram sugeridas e adotadas por diversos autores.[66,67;119-120] Selecionamos as que acreditamos serem as mais úteis e as mais fáceis de utilizar na abordagem terapêutica de obsessões e compulsões. São elas:

- Questionamento socrático
- Técnica das duas alternativas
- Técnica da *pizza* da responsabilidade
- Quebra do pensamento dicotômico
- Questionamento de pensamentos catastróficos: a seta descendente
- Experimentos ou testes comportamentais
- Correção da avaliação excessiva de riscos
- Consulta a especialistas
- Reavaliação das condições necessárias para ocorrer um desastre
- Cálculo de vantagens e desvantagens
- Lembretes

Utilizar as técnicas cognitivas é uma habilidade que só se desenvolve com prática. Elas exigem que você desenvolva o hábito de olhar um pouco para dentro da sua mente (ser introspectivo), de perceber e de anotar seus pensamentos automáticos e crenças para, depois, fazer os exercícios que irá aprender ao longo deste capítulo. A intenção é usá-los de forma automática quando sua mente for invadida por uma obsessão ou quando sentir-se compelido a realizar algum ritual. Ao terapeuta, cabe ensiná-las e, eventualmente, fazer alguns exercícios práticos com você, para que você desenvolva tais habilidades e possa empregar as técnicas cognitivas por si mesmo. Também deve sugerir quais as técnicas mais adequadas para cada um dos sintomas ou dificuldades que você apresenta. Examinaremos cada uma dessas técnicas, com exemplos práticos da sua utilização. Vamos iniciar pelo chamado questionamento socrático. Vamos nos deter um pouco mais nessa técnica, falando de seus fundamentos.

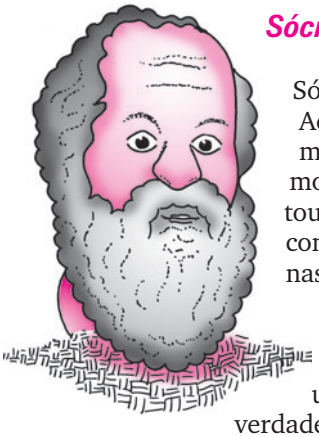
Questionamento socrático

Provavelmente o questionamento socrático seja a técnica cognitiva mais importante e de maior aplicação no tratamento dos sintomas do TOC. O nome desse questionário é uma homenagem ao filósofo grego Sócrates, conhecido por questionar os conceitos e as crenças dos seus concidadãos.

É possível conhecer a verdade? Uma questão filosófica

Questionar convicções arraigadas nem sempre foi tarefa fácil. Muitos dos que tentaram foram perseguidos, presos ou mortos, como o próprio Sócrates. Os filósofos gregos foram os primeiros a se

preocuparem com a questão do conhecimento, se era possível ou não ter um conhecimento verdadeiro, e o quanto nossas percepções e os nossos sentidos nos enganam. Aliás, essa é uma das principais questões com as quais se ocuparam alguns dos mais importantes filósofos, como Sócrates, Platão, Aristóteles, Descartes, os empiristas ingleses (Hume, Berkeley, Locke) e Kant, entre outros. Se o que pensamos corresponde ou não à verdade, como podemos ter certeza disso, ou em que condições o conhecimento pode ser verdadeiro são questões que até hoje não estão inteiramente resolvidas. O que isso tem a ver com o TOC? O portador de TOC tem pensamentos errados ou, no mínimo, distorcidos. Como podemos saber que tais pensamentos não correspondem à verdade? Qual a razão de tais distorções? Por que o portador do TOC se guia, sobretudo, pelos medos e não pelos fatos e pelas evidências? Como ajudá-lo a descobrir tais distorções e a corrigi-las?



Sócrates – um pouco de história

Sócrates (470-399 a.C.) está entre os nomes mais importantes da história da filosofia. Ao contrário de seus antecessores, que se preocupavam em achar explicações para o mundo físico (como as coisas poderiam continuar sendo elas mesmas, embora se modificassem; como o ser continua sendo ele mesmo, se modifica-se), Sócrates voltou-se para a subjetividade e para a questão do conhecimento. Questionou conceitos e convicções de seus contemporâneos, em discussões acaloradas pelas ruas de Atenas, nas quais, em um primeiro momento, levava seus interlocutores a entrarem em contradição (a ironia socrática) e, depois, a reconhecerem o que poderia ser considerado conhecimento verdadeiro (a maiêutica socrática). Sócrates ainda se preocupava com definições e conceitos, acreditando que conseguir definir ou estabelecer a um conceito (p. ex., o que é a justiça, o que é a sabedoria) significava conhecer a verdade. Era o seu critério de conhecimento verdadeiro. Acreditava, também, que o conhecimento da verdade tornava os homens justos (a razão poderia se sobrepujar às emoções e determinar a conduta). É interessante lembrar que ele era filho de uma parteira, e, em grego, maiêutica significa a arte de dar à luz. Um de seus discípulos mais conhecidos foi Platão, segundo o qual o que conhecemos são apenas aparências ou sombras do mundo ideal, como ele explica em seu famoso Mito da Caverna, descrito no livro *A República*, e que, portanto, o que conhecemos são apenas ilusões. Por colocar em dúvida crenças da época, como o politeísmo grego ou os conceitos de justiça, democracia e sabedoria, Sócrates foi acusado de ser corruptor da juventude e foi condenado à morte, sendo obrigado a ingerir o veneno cicuta. Sócrates ficou famoso pelo seu lema, "conhece-te a ti mesmo", e também por afirmar que "sábio é o que sabe que nada sabe", ditos socráticos que valorizam a importância do exercício da introspecção.

O que é o questionamento socrático?

Agora que você já conhece um pouco da história de Sócrates, que acreditava no poder da razão para se conhecer a verdade, e que o conhecimento verdadeiro influenciaria o comportamento das pessoas, vamos tentar usar um pouco do raciocínio lógico (a mente racional) para corrigir pensamentos e crenças distorcidos. No TOC, você fica prisioneiro de convicções ou de regras, que aceita sem questionar e das quais aparentemente não tem nenhuma dúvida, ainda que seja incapaz de apresentar qualquer evidência que garanta que são verdadeiras, assim como os gregos, que faziam as mais disparatadas afirmações, sem muita preocupação com sua veracidade ou falsidade, condição que provocava a ironia socrática.

O objetivo do questionamento é fazer com que você substitua a forma de pensar não-racional, eventualmente derivada de medos, pelo raciocínio lógico; desenvolva uma atitude científica, pondo em dúvida suas convicções e tentando comprová-las, a fim de mantê-las ou de rejeitá-las, sobretudo quando contrárias ao que é observado no cotidiano, como, por exemplo, no comportamento das demais pessoas. Uma vez que as convicções, que se manifestam sob a forma de pensamentos automáticos, são identificadas, você é solicitado a apontar as evidências a favor e contra o que eles lhe afirmam (suas crenças) e a pensar se não é possível a existência de explicações alternativas. O objetivo, portanto, é educá-lo para que, de forma sistemática, adote uma atitude introspectiva e reflexiva, e sobretudo crítica, em relação às suas crenças, não as tomando automaticamente como verdadeiras.

Como se faz o questionamento socrático: um exercício prático

Agora que já apresentamos uma idéia do que é o questionamento socrático, vamos propor um exercício. O questionamento é feito com os pensamentos automáticos e as crenças que são ativados em diferentes situações por objetos, locais ou pessoas, que desencadeiam as obsessões e provocam a necessidade de executar algum ritual ou evitação.

Primeira opção de identificação de pensamentos automáticos

Você deve, inicialmente, recordar uma situação, um objeto ou um local em que foi recém compelido a realizar um ritual ou a adotar um comportamento evitativo (não tocou em algum objeto, procurou se afastar, teve que lavar as mãos, foi tomado por uma dúvida, fez uma verificação). Uma vez identificadas tais situações, pergunte-se: "o que passou pela minha cabeça naquela ocasião, antes de eu fazer o ritual ou de evitar tocar (ou o que imagina que poderia ter passado, caso não se lembre)?" Observe o que lhe ocorre ou os pensamentos que lhe vêm à cabeça – os seus pensamentos automáticos – e escolha um deles, de preferência o que considera pior, mais catastrófico ou o que provoca mais medo, desconforto, e transcreva-o para o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD ou ABC) no Formulário 8 do Caderno de exercícios (p. 253).

Segunda opção

Caso você tenha feito esse exercício ao final do capítulo passado, pode, ainda, selecionar um dos pensamentos do registro para fazer o exercício do questionamento. Sobre esse pensamento que acabou de identificar ou que consta no seu RPD, você faz o questionamento socrático e anota suas respostas.

Terceira opção

Caso prefira, temos, ainda, uma terceira opção, que é fazer o exercício com a seguinte situação: uma paciente, ao deitar, não podia deixar os chinelos desalinhados e, muito menos, virados, pois tinha o pensamento automático ou a crença de que, "se deixasse os chinelos desalinhados, sua mãe poderia adoecer e vir a morrer, e a culpa seria toda sua". Sempre que fizer o questionamento socrático, escreva suas respostas para poder revisá-las outras vezes depois ou discuti-las com seu terapeuta.

Questionamento socrático

- Que evidências tenho de que o pensamento que passou pela minha cabeça naquele momento ou de que os medos que senti têm fundamento? (Existe alguma prova (ou evidência) de que chinelos virados provocam desastres?)
- Que evidências são contrárias ao que pensei? (Muitas vezes os chinelos ficaram virados e nem por isso alguém adoeceu.)
- Existem explicações alternativas? (De que tenho tais medos por ser portador de um transtorno, o TOC, por exemplo, e não porque chinelos virados provocam, de fato, desastres). Escreva pelo menos uma
- Meus medos têm base em alguma prova real ou ocorrem porque sofro de TOC? O que é mais provável?
- O que é minha imaginação e o que, de fato, acontecerá, caso não faça o ritual? (Realize um teste: deixe os chinelos virados à noite e veja se acontece algum desastre.)
- Que provas tenho de que realmente o que imaginei na ocasião vai acontecer? (Possuo alguma prova?)
- O que as pessoas que não têm TOC diriam sobre tais medos e como se comportariam em situações idênticas? Como a maioria dos indivíduos se comporta em situações semelhantes? (Todos se assustam quando vêem um chinelo virado ou a maioria não dá importância?)
- Qual é a crença errônea que está por trás desse ritual? (Exagerar o risco ou o poder de certos pensamentos; pensamento mágico.)



Lembrete

Colocar convicções arraigadas em dúvida é o primeiro passo para modificá-las!

Técnica das duas teorias ou das duas alternativas (A e B)

Uma forma simples de questionar pensamentos e crenças distorcidos ou de mudar a interpretação errônea de um sintoma é construir e testar uma explicação alternativa, que seja, ao mesmo tempo, lógica, plausível e coerente com os fatos.

Isso pode ser feito realizando-se o exercício proposto pelo professor Salkovskis, chamado "técnica das duas teorias". Na prática, o exercício sugere a você que opte entre duas explicações alternativas.[66] Esse exercício pode ser utilizado em inúmeras situações, nas quais você é compelido a executar rituais. No exercício prático a seguir, a técnica das duas teorias é utilizada para o tratamento de pacientes que têm obsessões por limpeza, medo de contaminação e realizam lavagens excessivas das mãos.

Exercícios práticos da técnica das duas teorias ou das duas alternativas

Primeiro exemplo

Temos duas teorias alternativas para explicar o que ocorre com você:

Teoria A: você está, de fato, contaminado e precisa se lavar porque pode contaminar sua família e ser responsável por doenças e, quem sabe, pela morte de familiares.

Teoria B: você é uma pessoa muito sensível ao medo de ser contaminado e reage a esse medo de uma forma que compromete sua vida: fazendo lavagens seguidas, de modo excessivo.

Questionamento

- Qual dessas duas alternativas, A ou B, é a mais provável?
- Você já tentou lidar com esse problema de acordo com a segunda hipótese, ou seja, como se fosse um problema de preocupação ou medo excessivo, ou um sintoma do TOC e não uma possibilidade real?[66]

Outro exemplo

A técnica das duas teorias pode ser utilizada para corrigir a maioria dos medos e das crenças erradas, mesmo os de origem supersticiosa. Por exemplo, digamos que alguém tenha muito medo de tocar em mendigos, pois acredita que pode se tornar um deles se isso vier a acontecer.

Hipótese A: Essa é uma possibilidade real, e você jamais deve ter qualquer contato com mendigos, pois poderá, de fato, se tornar um deles.

Hipótese B: Esses são pensamentos e medos decorrentes do fato de você ser portador de TOC; diante dessa e de outras situações semelhantes, sua mente é invadida por medos excessivos, que o levam a evitar tais contatos. Mesmo que não consiga mencionar qualquer fundamento para tais medos, você os respeita rigidamente.

Qual hipótese é a mais provável, A ou B?

Esse mesmo exercício pode ser utilizado para auxiliar o paciente a fazer crítica (ter *insight*) de muitos outros sintomas, como obsessões de conteúdo impróprio (agressivos, sexuais, blasfemos), em que confunde pensar com cometer (fusão do pensamento e da ação), ou quando pratica rituais excessivos (verificações, lavagens, alinhamento, colecionismo, etc.).

Pizza da responsabilidade, ou técnica de reatribuição de responsabilidades

Um exercício que pode ser útil para corrigir crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade, comuns principalmente em pacientes que têm obsessões de dúvidas, seguidas de rituais de verificação, é a elaboração da chamada *pizza* ou torta da responsabilidade, na qual cada fatia representa o percentual de responsabilidade atribuído a si próprio e a outros fatores. Essa designação se deve ao formato redondo, em que as fatias correspondem à importância que os diferentes fatores podem ter para que algo aconteça e pode auxiliá-lo a se dar conta de que muitos outros fatores contribuem para que algo aconteça, além de você mesmo.

A *pizza* é desenhada de acordo com o peso relativo de cada um dos prováveis fatores que podem concorrer para que um desastre (doença, acidente, incêndio, arrombamento) aconteça, incluindo o percentual que você atribui a si próprio. Muitos portadores de TOC têm a tendência a acreditar que são os únicos e exclusivos responsáveis. Esse exercício permite identificar e corrigir distorções e ajuda você a perceber como se excede ao avaliar o percentual de sua responsabilidade nos diferentes eventos com os quais tem algum envolvimento direto ou indireto.[119]

Uma paciente, que se julgava contaminada por substâncias radioativas e que temia provocar câncer em seus filhos no futuro, atribuía a si mesma o peso de 100% da responsabilidade desse desastre. Entretanto, veja na Figura 9.1 como ficaram os percentuais de responsabilidade depois que ela fez a *pizza* da responsabilidade.

***Pizza* da responsabilidade**
(fatores de risco para contrair câncer)

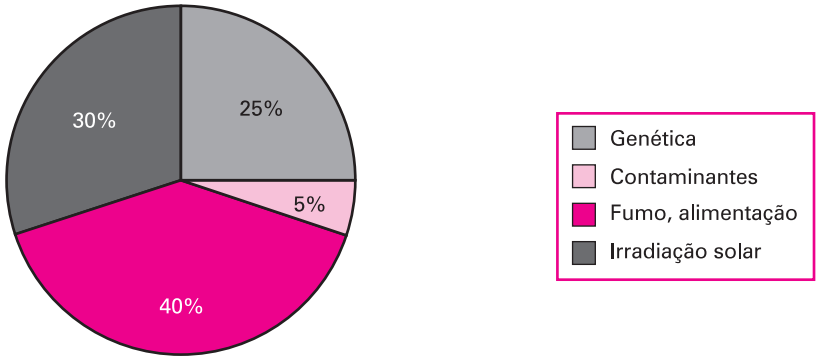


Figura 9.1 *Pizza* da responsabilidade: fatores de risco para contrair câncer.

As fatias da *pizza* correspondem à porcentagem atribuída ao peso dos diferentes fatores, para a possibilidade de alguém desenvolver câncer.

Como se faz o exercício da pizza da responsabilidade: um outro exemplo

Vamos usar uma situação relativamente comum, vivida por uma pessoa. O filho foi a uma festa com os amigos no final de semana, bebeu um pouco e, na volta, bateu o carro. A paciente acreditava que a responsabilidade era toda sua porque emprestara o carro.

1. Faça uma lista dos possíveis fatores que podem contribuir para que um fato desses ocorra:
   a) imprudência do motorista, que estava dirigindo depois de ter bebido na festa;
   b) defeito nos freios do carro;
   c) responsabilidade dos amigos, que deixaram o motorista dirigir depois de beber;
   d) responsabilidade da mãe, que emprestou o carro, etc.
2. Atribua percentuais equivalentes aos pesos que, no seu entendimento, esses diferentes fatores poderiam ter para a ocorrência do acidente, incluindo na lista, por último, o percentual de responsabilidade que você atribui à mãe por ter emprestado o carro.
3. Divida a *pizza*, colocando, em cada fatia, um dos fatores que, em sua opinião, poderiam colaborar para o desastre. Estabeleça o tamanho das fatias de acordo com o percentual de responsabilidade (peso) que você acredita que cada fator possa ter (10% de responsabilidade equivale a fatias de um décimo de toda a *pizza*; 25%, a fatias de um quarto do tamanho; 50%, à metade, e assim por diante).
4. Quando terminar, observe o percentual de responsabilidade atribuído à participação da mãe e o percentual atribuído aos demais fatores envolvidos.
5. Compare o percentual que você atribuiu a ela com o peso que ela atribuiu a si mesma (100%).

No Capítulo 11, há mais exercícios para corrigir crenças relacionadas ao excesso de responsabilidade.

Quebra do pensamento dicotômico

No TOC, freqüentemente você não tem 100% de certeza de suas convicções. Pode-se partir dessa constatação para quebrar ainda mais a rigidez das suas crenças, pois, se você admite não ter 100% de certeza, deve considerar a probabilidade de toda a sua convicção não ser verdadeira. A rigidez da crença pode ser desfeita com as seguintes perguntas:

- Quanto (em porcentagem) acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto não acredito?
- Qual das duas porcentagens é a mais provável de ser verdadeira?

Exemplo:
Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que realizo, aconteça aquilo que temo (contaminação, incêndio)? Existe a possibilidade de não acontecer? Qual o percentual? Se existe alguma possibilidade ou uma possibilidade, no mínimo, consistente de não acontecer o que temo, devo admitir que minha crença não está bem fundamentada, e ela pode ser errada.

Questionamento de pensamentos catastróficos: o exercício da seta descendente

Esse é um exercício cognitivo de grande utilidade para corrigir pensamentos catastróficos, particularmente os que envolvem responsabilidade, tema muito freqüente no TOC. Tal exercício é útil para que você perceba e corrija crenças relacionadas com exagero do risco e da responsabilidade, medo de cometer falhas, medo de que as falhas possam ter conseqüências desastrosas e necessidade de controlar os pensamentos.

O exercício é iniciado pela constatação de uma falha e pela explicitação das conseqüências imaginadas, conectadas por setas. Elas dão a idéia das crenças envolvendo causas e conseqüências (ou seja, responsabilidade). Algumas questões auxiliam a explicitar as crenças: “e daí?” ou “e então?”,

"se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?", "se isso de fato ocorreu, o que significa para mim?", "o que de pior pode acontecer?", e assim por diante, até que se tenha atingido a linha-base, em outras palavras, a pior conseqüência possível. As crenças subjacentes se tornam claras na resposta às perguntas sobre o significado do acontecimento e podem ser corrigidas em seguida, utilizando o questionamento socrático.

Para ficar mais claro, apresentamos o exemplo da Figura 9.2, na qual são descritos os pensamentos automáticos catastróficos e as crenças centrais de uma mãe que esqueceu de revisar as tarefas de casa do filho. Cada uma das afirmativas pode ser questionada quanto à sua veracidade, como explicado.

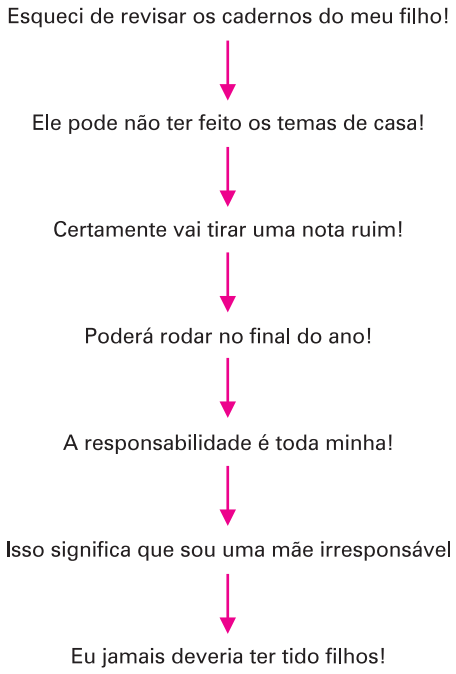


Figura 9.2 Exemplo da técnica da seta descendente.

As afirmativas da mãe, geralmente absolutas (tudo ou nada), podem ser confrontadas por meio de perguntas do tipo: "você diria isso, caso uma amiga sua esquecesse de revisar os temas de casa do filho?" (sobre as últimas duas conclusões), "mesmo que você não tenha revisado as tarefas, não existe a possibilidade de que ele as tenha feito sozinho?", "que evidências você tem de que seu filho, de fato, será reprovado?", "quais são as evidências contrárias?", "qual é o percentual de sua responsabilidade se ele for reprovado?", "qual o percentual de responsabilidade dele?", "você diria que toda mãe, cujo filho é reprovado na escola, é uma irresponsável?", etc.

Mais exercícios práticos

Para treinar a técnica da seta descendente, você deve pensar em um evento negativo ou catastrófico que poderia acontecer, caso deixasse de fazer um dos seus rituais de limpeza ou de verificação: deitar na cama com a roupa da rua, não usar detergente para lavar as verduras e as frutas, não verificar o carro ao deixá-lo no estacionamento, entre outros. Após, você deve listar todas as conseqüências decorrentes do fato, na seqüência em que imagina que poderiam ocorrer, e pensar nas evidências que indicam que elas acontecerão ou não. Depois, identificar suas crenças com a pergunta: "caso as conseqüências que imagino, decorrentes de não fazer meu ritual, realmente viessem a ocorrer, o que isso significaria para mim?".

Experimentos ou testes comportamentais

Uma forma mais radical e efetiva de perder medos ou corrigir a tendência de fazer predições catastróficas é testar as crenças na prática. Isso pode ser feito por meio dos chamados experimentos comportamentais, que não deixam de ser, ao mesmo tempo, uma forma de exposição. A realização de experimentos segue a recomendação fundamental, feita no início do capítulo, de que você deve se portar como um cientista diante dos sintomas, considerando seus pensamentos catastróficos ou suas crenças não como verdades, mas como meras hipóteses, em relação às quais deve testar as evidências favoráveis ou contrárias, descartando após o experimento as que não se confirmarem.

Exemplos de experimentos comportamentais

1. Revise uma única vez seu trabalho da faculdade, a carta ou o ofício que você redigiu e veja o que acontece (se, de fato, vai tirar nota ruim ou ser reprovado).
2. Deixe a torneira pingando durante duas horas. Depois, vá conferir se o banheiro ficou inundado.
3. Esqueça o cigarro aceso no cinzeiro e, depois de 20 minutos, veja o que aconteceu.
4. Pise nas juntas das lajotas da calçada e observe o que acontece.
5. Entre em uma funerária e veja se alguém em sua família adoece e vem a falecer.

Correção da avaliação excessiva de riscos

Foram propostas várias técnicas para corrigir as crenças relacionadas ao exagero do risco (exagerar o grau ou a probabilidade de acontecerem desastres).

Cálculo realista de probabilidades

Uma distorção muito comum ligada à avaliação exagerada de riscos ou de responsabilidade consiste em superestimar as probabilidades de que um desastre possa acontecer. Essa superavaliação aumenta a necessidade de se executar rituais, particularmente repetições e verificações. Uma forma de corrigir essa distorção no cálculo de probabilidades é a realização do exercício, proposto por Van Oppen e Arntz, apresentado na Tabela 9.1.[119]

Exercício prático

Recalculando probabilidades

1. Faça uma estimativa do grau de probabilidade que imagina para a ocorrência de desastre, caso cometa uma falha como deixar o ferro de passar, o cobertor térmico ou a chapinha de alisar cabelos ligados, esquecer de fechar o gás, deixar a torneira pingando, não tirar os aparelhos elétricos da tomada, esquecer o cigarro aceso no cinzeiro, etc.
2. Estabeleça a seqüência de passos necessários para que um desastre aconteça.
3. Calcule os riscos ou as probabilidades de que cada um dos passos ocorra.
4. Estime as chances cumulativas (probabilidades somadas).
5. Compare o resultado com o grau de responsabilidade que você calculou antes de realizar o exercício.

Exemplo da técnica para corrigir o cálculo errado de probabilidades

1. Quais as chances de a casa incendiar se você esquecer um cigarro aceso no cinzeiro antes de deitar? Digamos que, sem fazer o exercício, você tenha calculado probabilidade de 10%.

2. Relacione todos os passos necessários para que um incêndio ocorra, calcule as chances efetivas de o incêndio ocorrer em cada um dos passos e as chances cumulativas (somadas). Lembre que uma chance em 10, duas vezes, equivale a uma chance em 100 vezes (chance cumulativa ou somada).

Tabela 9.1
Recalculando as chances de ocorrer um desastre

Passos	Chances	Chances somadas
Não apago o cigarro	1/10	1/10
Uma pequena fagulha cai no carpete	1/10	1/100
O carpete pega fogo	1/10	1/1.000
O carpete pega fogo e não percebo logo	1/100	1/100.000
Percebo o fogo tão tarde que não é possível fazer mais nada	1/100	1/10.000.000

Adaptada de Van Oppen e Arntz (1994).[119]

Com base na Tabela 9.1, poderíamos dizer que uma pessoa teria que fumar 10 milhões de cigarros para ter a chance de pôr fogo na casa (chance calculada inicialmente: 10%, ou uma em 10, *versus* uma em 10 milhões, em cálculo mais realista).



Lembretes

- Como seres vivos que somos, é impossível não corrermos certos riscos.
- Um dia vamos morrer, não há como impedir isso.
- É inútil perder tempo preocupando-se com eventos absolutamente raros, com pouquíssima probabilidade ou quase impossíveis de ocorrer, como, por exemplo, com a possibilidade de cair um meteorito em nossas cabeças. Igualmente inútil seria vigiar o céu para ver se um avião não está caindo em cima de nossa casa. Há tantos outros eventos, muito mais prováveis de acontecer, com os quais você não se preocupa.

Rituais diminuem ou aumentam as probabilidades de desastres?

Para corrigir a crença errônea de que rituais evitam ou reduzem o risco de desastres, é interessante calcular o risco associado à realização de ritual e, também, à sua não-realização. Como exemplo, pode-se calcular quantas casas existem na cidade e quantos aparelhos elétricos ficam permanentemente ligados nas tomadas. Depois, pensar em quantos incêndios ocorrem por dia, por semana, por mês ou por ano devido ao fato de os aparelhos permanecerem ligados. Por fim, estimar quantos incêndios a menos iriam ocorrer se todas as pessoas, todos os dias, desligassem todos os aparelhos da tomada. Os incêndios, de fato, diminuiriam ou aumentariam, em virtude das muitas vezes que os cabos de força são manuseados? Tirar os cabos da tomada e colocá-los de volta todos os dias não aumenta a possibilidade de danificá-los? Esse procedimento diário vale a pena, mesmo com possibilidade de incêndio tão remota?

Você pode, ainda, conversar com especialistas para saber se determinado ritual protege ou, na verdade, aumenta o risco de acidente. Abrir e fechar os registros do fogão várias vezes, por exemplo, não aumentaria as chances de que fiquem abertos ou de que estraguem? Lembre-se que apertar demasiadamente as torneiras faz com que elas quebrem. Uma paciente, por exemplo, já havia quebrado praticamente todas as torneiras de sua casa de tanto apertá-las para verificar se estavam fechadas.

CONSULTA A ESPECIALISTAS

Conforme comentado, consultar um especialista pode auxiliar os pacientes a se darem conta de que sua crença ou seu pensamento catastrófico são distorcidos ou, muitas vezes, não têm fundamento.

Medo de contaminação por substâncias radioativas

Uma paciente que trabalhava em um laboratório ficou com a obsessão de estar contaminada por agentes radioativos, após o vazamento de um material guardado em geladeira. Desfez-se de sapatos, roupas e do tapete do carro. Não conseguia mais usar bolsa e carteira, pois temia que também estivessem contaminadas. Foi orientada, então, a levar os objetos a um laboratório equipado com contador Geiger, onde pôde perceber que o nível de radiação era o mesmo da atmosfera. Tal constatação auxiliou-a a fazer os exercícios de exposição e prevenção de rituais, voltando a usar os objetos (sua intenção inicial era jogá-los fora).

Reavaliação das condições necessárias para ocorrer um desastre

Os portadores de TOC, com muita freqüência, têm crenças distorcidas e até erradas sobre a possibilidade de contrairem doenças, como as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ou enfermidades graves, como a AIDS e o câncer. Muitas vezes, são atormentados por obsessões por contaminação, seguidas de verificações (realização de consultas médicas e exames), lavações ou trocas de roupa excessivas e evitações, tais como não entrar em hospitais, clínicas, cemitérios, etc. Os medos referem-se a germes, vírus, radiações, venenos, entre outros.

O exercício da reavaliação das condições necessárias procura corrigir a crença distorcida ou errada (exagerar o risco de contrair doenças e a necessidade de ter certeza) e, com isso, reduzir tanto as obsessões como os rituais mencionados. Esse exercício, no qual a consulta a um especialista pode ser um passo muito importante, é realizado em duas etapas. Na primeira, solicita-se que você estabeleça as condições necessárias para se contrair determinada doença, como AIDS ou hepatite. Isso pode ser feito em consulta a um especialista de confiança ou, ainda, procurando a resposta em livros de divulgação científica, em *sites* especializados e confiáveis da internet, ou até mesmo consultando livros técnicos em uma biblioteca especializada. Essa técnica aplica-se em situações em que você tem medo de contrair doenças, de ser envenenado ou de ter câncer, por achar ou acreditar que tenha recebido uma dose excessiva de irradiação (do celular, da torre de transmissão próxima à sua casa ou porque aumentou o buraco na camada de ozônio). Em um segundo momento, você pergunta a si mesmo se as condições necessárias e indispensáveis foram preenchidas. A seguir, um exemplo prático de como corrigir o medo de contrair AIDS, usando a técnica das condições necessárias.

Estabelecendo as condições necessárias para contrair AIDS

Vejamos como exemplo as condições que seriam necessárias para se contrair o vírus HIV usando banheiro público, medo bastante comum em portadores de TOC. O exemplo é útil para pacientes que têm medo de contrair AIDS cumprimentando uma pessoa HIV-positivo ou tocando em objetos, móveis, roupas, etc. utilizados por eles. Esse exemplo também pode ser empregado para tratar medos excessivos de contrair outras doenças, como câncer, raiva, hepatite, etc.

Eventualmente, não se pode ter certeza absoluta, como em muitas questões na vida. Nem é possível chegar a esse grau de certeza, mesmo bancando o detetive ou ruminando muitas horas sobre determinada dúvida. Não vale a pena. Nesse caso, o melhor é desistir de querer ter certeza e aceitar que, em muitas situações, isso é impossível.

Como corrigir o medo exagerado de contrair doenças

Crença: "Posso contrair AIDS usando banheiro público! Por isso, evito!" (exagerar o risco).
Primeiro passo: Identificar as condições necessárias para se contrair HIV.

- O vírus HIV deve estar presente em algum fluido ou secreção corporal (sangue, esperma, secreção vaginal) da pessoa contaminada.
- Esses fluidos ou secreções necessitam entrar na corrente sangüínea.
- Para isso, é preciso ter lesão em algum ponto da pele ou mucosa.
- Uma quantidade razoável de vírus necessita invadir a circulação.
- Deve desenvolver-se a infecção pelo HIV.
- O HIV se transforma em AIDS.

Segundo passo: Verificar se as condições necessárias para se contrair AIDS usando o banheiro público são preenchidas. O que seria necessário para que isso ocorresse?

- Uma pessoa HIV-positivo deveria ter usado o banheiro antes.
- Essa pessoa deveria ter ferimento sangrando nas nádegas ou nos genitais.
- Uma razoável quantidade de sangue contaminado deveria estar no assento do vaso do banheiro.
- O sangue deveria ser recente (vivo).
- Eu deveria ter lesão de pele em minhas nádegas ou nos genitais.
- Ao sentar-me, o sangue contaminado deveria penetrar em minha circulação, contendo quantidade considerável do vírus.
- Meu sistema imunológico não barraria o vírus, e ele se instalaria no meu organismo.
- O vírus geraria infecção.
- A infecção pelo HIV se transformaria em AIDS.

Terceiro passo: Calcular a porcentagem de risco para que ocorra cada uma das condições.
- Que chances existem de que tenham ocorrido todas essas situações?
- Que evidências há de que cada uma dessas condições tenha sido preenchida? Ou é apenas o medo relacionado ao TOC?
- Qual é a porcentagem de risco em cada uma dessas condições?
- O nível de risco justifica a evitação ou ela ocorre devido ao TOC?

Você deve responder a essas questões, revisando as probabilidades de que tenha sido preenchida cada uma das condições mencionadas (p. ex., 1/1.000 ou 1/100.000) e refazer o cálculo das probabilidades de risco.

Vale a pena preocupar-se com desastres raros?

Se não se pode ter certeza absoluta, temos que aprender uma segunda lição: não vale a pena estar permanentemente vigiando a possibilidade de desastres, cuja probabilidade de ocorrer nós mesmos reconhecemos ser muito rara, como de um eletrodoméstico incendiar uma casa, de um meteorito (ou mesmo de um avião) cair em nossas cabeças ou de sermos atingidos por um raio. Por mais que nos esforcemos, não há como eliminar completamente e, muitas vezes, nem como diminuir tais riscos. Temos que aprender a conviver com eles. Aliás, quando saímos para o trabalho, diariamente, corremos riscos muito maiores. É importante lembrar que é impossível eliminar totalmente todos os riscos. Como seres vivos, somos vulneráveis. Não há como eliminar tal vulnerabilidade. O próprio ar que respiramos contém germes, mas não podemos deixar de respirar.

> Estatisticamente, para morrer em acidente aéreo, seria preciso voar todos os dias durante 29 mil anos. Em termos de mortes ou de ferimentos, os aviões são sete vezes mais seguros do que as bicicletas e 60 vezes mais do que andar de moto sem capacete.
>
> (*Zero Hora*, Almanaque Gaúcho, 11/01/03.)

CÁLCULO DE VANTAGENS E DE DESVANTAGENS

Um exercício interessante para reduzir sintomas como repetições, ruminações obsessivas e perfeccionismo é listar em duas colunas as vantagens e as desvantagens de determinado ritual, como, por exemplo, o de revisar várias vezes a porta antes de deitar. Deve-se avaliar as duas listas e ver se as vantagens compensam as desvantagens.

Vantagens e desvantagens de fazer verificações

- **Vantagens**
  - Fico mais tranqüilo
  - Tenho certeza de que nenhum ladrão vai entrar em casa ou de que não ficou nenhum aparelho ligado
  - Significa que sou responsável
- **Desvantagens**
  - Perco muito tempo
  - Não venço meus medos
  - A família já espera isso de mim
  - Nunca vou confiar nos outros
  - Mantenho minhas dúvidas para sempre

Mais exemplos desse exercício podem ser vistos no Capítulo 14, quando abordaremos o perfeccionismo.

LEMBRETES

Você pode adotar alguns dos lembretes que aparecem ao longo deste manual e que se adaptam à sua situação. Podem ser escritos em um cartão e levados na bolsa. Você pode, ainda, fazer um pequeno cartaz e colar na parede do quarto ou no espelho do banheiro. Os lembretes auxiliam a retomar o controle dos pensamentos, sobretudo porque separam os fenômenos mentais relacionados ao TOC de outros. Ao longo das próximas páginas, apresentaremos algumas listas de lembretes.



Lembretes

- Riscos fazem parte da vida, não há como evitá-los, por mais que se queira!
- Ninguém fica para semente!
- Esses pensamentos passam pela minha cabeça porque são verdadeiros ou porque tenho TOC?
- Isso é TOC!
- Olha o TOC!

COMENTÁRIO FINAL

Nos últimos quatro capítulos, expusemos os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do TOC. Descrevemos tanto as técnicas comportamentais como as cognitivas, que constituem um conjunto de recursos, um verdadeiro *kit* de ferramentas, que serão utilizadas nos próximos capítulos, para o tratamento de diversos sintomas, e cuja utilização você deve automatizar, com a repetição dos exercícios. Como já comentamos, as técnicas mais importantes são a exposição e a prevenção de rituais. Os métodos cognitivos têm o importante papel de facilitadores das duas primei-

ras, pois reduzem o medo e a aflição e, conseqüentemente, a necessidade de realizar rituais, além de enriquecerem, de forma extraordinária, a compreensão dos sintomas. Devemos lembrar da afirmativa básica da teoria cognitiva: nossos pensamentos influenciam nossos comportamentos e nossas emoções. Como regra no tratamento dos diferentes sintomas do TOC, sempre serão propostos abordagens comportamentais (exposição e prevenção de rituais) e exercícios cognitivos. Nos próximos capítulos, serão apresentadas orientações mais específicas sobre qual é a melhor abordagem para cada um dos sintomas.

RESUMO E DESTAQUES

- Crenças distorcidas, como o exagero do risco, o excesso de responsabilidade, a supervalorização do poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo acompanham a maioria dos sintomas OC. Acredita-se que tais crenças contribuam para a origem e a manutenção de muitos sintomas do TOC.
- A terapia cognitiva usa, basicamente, a razão e o raciocínio lógico para corrigir pensamentos e crenças disfuncionais.
- Acredita-se que as técnicas cognitivas, corrigindo as crenças disfuncionais, reduzam a ansiedade e favoreçam a adesão do paciente aos exercícios de EPR.
- As técnicas cognitivas mais utilizadas no TOC são o questionamento socrático, a técnica das duas alternativas, a técnica da *pizza* da responsabilidade, a seta descendente, os experimentos ou testes comportamentais, a correção da avaliação excessiva de riscos, a consulta a especialistas, a reavaliação das condições necessárias para ocorrer um desastre, o cálculo de vantagens e desvantagens (relação custo/benefício) e os lembretes.
- O usual é associar as técnicas cognitivas às técnicas comportamentais de exposição e prevenção de respostas.

parte III

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos diferentes sintomas do TOC

Capítulo 10

OBSESSÕES POR SUJEIRA, GERMES OU CONTAMINAÇÃO; NOJO; COMPULSÕES POR LIMPEZA, LAVAGENS EXCESSIVAS E EVITAÇÕES (EXAGERAR O RISCO)

Obsessões e compulsões relacionadas com sujeira, nojo e contaminação, assim como rituais de limpeza são sintomas muito comuns no TOC e provocam grande interferência nas rotinas do paciente e na vida familiar. Vamos descrever esses sintomas, comentar um pouco sobre os fatores relacionados ao seu aparecimento e à sua manutenção, identificar os pensamentos automáticos e as crenças distorcidas (exagerar o risco) que estão por trás dessas manifestações e aprender a utilizar as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de respostas (EPR) e técnicas cognitivas para tratá-los.

Preocupar-se demasiadamente com sujeira, germes, venenos ou contaminação, ter compulsões por limpeza, realizar lavagens excessivas e evitar o contato com determinados objetos, substâncias ou locais estão entre os sintomas mais comuns do TOC. Um estudo com 431 pacientes verificou que 37,8% dos pacientes apresentavam obsessões relacionadas a sujeira, germes, vírus (p. ex., HIV), fluidos corporais ou fezes, substâncias químicas e materiais perigosos (p. ex., asbesto). Verificaram, ainda, que 25% da amostra apresentava compulsões de limpeza.[128]

Uma outra pesquisa realizada em nosso meio verificou que 67% dos pacientes apresentavam obsessões por sujeira ou contaminação, acompanhadas de compulsões por limpeza.[129] É muito freqüente o portador de TOC relatar que lava as mãos inúmeras vezes, podendo chegar a mais de uma centena de vezes ao dia; que toma banhos excessivos e demorados, nos quais passa o sabonete por todo o corpo várias vezes e se esfrega com muita força; que usa, de forma demasiada, sabões, detergentes, sabonetes, xampus e, principalmente, álcool; que exagera na lavagem das roupas e que evita tocar ou encostar em objetos usados por outras pessoas, como toalhas, sabonetes, telefones públicos, corrimãos de ônibus ou de escadas rolantes, maçanetas de portas e até *mouse* ou teclado de computador. Também é muito comum que evite usar banheiros públicos; sentar em bancos de ônibus ou de praças; freqüentar lugares como hospitais, clínicas, praças públicas; cumprimentar ou, até mesmo, passar perto de certos indivíduos ou entrar em casa com a roupa ou com os sapatos usados na rua. Alguns chegam ao extremo de fechar permanentemente as janelas, para que não entre pó da rua, impedindo, dessa forma, a saudável ventilação. O receio é de contaminar a casa por germes trazidos da rua ou de contrair doenças. Não se dão conta que deixar janelas permanentemente fechadas favorece a proliferação de mofos, ácaros e germes, criando um ambiente muito mais insalubre do que o ar da rua o faria. Avaliam, de forma errada, o risco de contrair doenças ventilando a casa quando, pelo contrário, a ventilação reduz o risco. Essa é uma das crenças distorcidas mais comuns em portadores de TOC.

Neste capítulo, utilizaremos as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de rituais (EPR) e os exercícios cognitivos aprendidos nos capítulos anteriores, os quais o ajudam a vencer esses sintomas.

As compulsões por limpeza e as evitações são os sintomas que melhor respondem à terapia de EPR, mais até do que com o uso de medicamentos, sendo a terapia de escolha para quem tem predominantemente esse tipo de sintoma. As técnicas cognitivas, por sua vez, auxiliam na correção das crenças distorcidas, como avaliar de forma errada ou exagerada o risco que o contato com os objetos, pessoas e lugares representa. Sua correção também auxilia a reduzir o medo decorrente dos pensamentos catastróficos que passam pela cabeça dos pacientes nessas situações – as idéias de contrair uma doença grave, como câncer, leptospirose e AIDS ou de levar doenças para dentro de casa.

É importante, também, salientar que a associação de medicamentos antiobsessivos à psicoterapia é recomendável, particularmente se os sintomas são muito graves, se há depressão ou ansiedade significativas ou outros problemas psiquiátricos associados.

IMPACTO DAS COMPULSÕES POR LIMPEZA NA VIDA FAMILIAR E PESSOAL

Interferências no funcionamento familiar

Rituais de limpeza e evitações estão entre os sintomas que mais interferem na rotina do indivíduo e no funcionamento da família. Muitas vezes, o interior da casa, determinadas peças, compartimentos do roupeiro ou dos armários, a cama (sem contar a colcha) e até espaços no estendedor de roupa são isolados pelo portador de TOC para mantê-los "limpos", obrigando os demais membros da família a respeitar tais restrições. O quarto é chaveado para que ninguém entre e abra as janelas; não usa a toalha ou o sabonete usados pelos demais membros da família; suas roupas têm que ser lavadas várias vezes e em separado das roupas dos demais e, no varal, não podem encostar nas outras roupas.

A família é envolvida, particularmente, quando o portador ocupa uma posição-chave, como, por exemplo, a mãe. Essas lavagens excessivas, os "isolamentos" e as evitações são impostos a todos os demais, o que é motivo para constantes conflitos, particularmente quando envolvem a demora no banho, o isolamento de peças ou a obrigação de se lavar e trocar de roupa ao chegar da rua. É, portanto, uma doença familiar, pois a rotina da família também é modificada drasticamente.

As obsessões por sujeira ou por contaminação e os respectivos rituais, além das evitações, têm forte impacto econômico na vida dos portadores e de suas famílias: roupas, sapatos, bolsas, celulares e outros objetos são postos fora (eventualmente, queimados); o gasto com sabonetes, sabão em pó, detergentes, xampus ou álcool é muito maior, além do consumo de água – muitas vezes, extraordinário – e da conta de luz ou de gás, pelo tempo excessivo gasto no banho.

Exemplos clínicos

Um paciente não podia tocar em mais nada depois do banho, antes de deitar, e obrigava-se a ir, em um único salto, da porta do banheiro até sua cama. Caso tocasse em algo, era obrigado a repetir o banho. Outra paciente não sentava no sofá da sala depois de colocar o pijama. Outra, ainda, exigia que o marido lavasse a boca antes de beijá-la, ao chegar da rua, e imediatamente tomasse um banho e trocasse de roupa. Ele também era obrigado a tomar banho novamente se fossem ter relações sexuais. É claro que essas exigências provocavam discussões e até brigas. Em um dos comparecimentos à consulta junto com a esposa, o marido comentou: "tive que fazer uma escolha: ou me submetia às regras dela ou me separava. Fiz a primeira opção".

Compulsões por limpeza, um tempo de vida desperdiçado

As compulsões por limpeza, de modo geral, tomam muito tempo na vida dos portadores de TOC, além de estarem associadas à aflição e à hipervigilância praticamente permanentes.

Uma paciente com 65 anos dedicava, em média, três horas por dia para realizar limpezas e lavagens. Era portadora de TOC desde os oito anos. Portanto, há 57 anos gastava três horas diárias em seus rituais, ou seja, um total de 62.415 horas, que correspondem a mais de sete anos de sua vida dedicados exclusivamente à limpeza. Se levarmos em conta apenas o período em que a paciente estava acordada, a proporção de tempo que os rituais ocupavam em sua vida desperta seria ainda maior.



É possível usar melhor o tempo, e de forma mais prazerosa. Curiosamente, alguns pacientes que se tratam e que conseguem abandonar os rituais, dispondo de mais tempo para outras atividades, descrevem, no início, uma sensação de "vazio", sentem-se estranhos sem o TOC, como se fossem outras pessoas e não se reconhecessem mais, mas, depois, sentem-se, de fato, mais livres.

As lavagens excessivas produzem doenças de pele

As compulsões por limpeza e as lavagens excessivas, em função do excesso do uso de sabão, sabonete, xampu, detergente ou álcool, com freqüência levam os pacientes a procurarem clínicas dermatológicas. É importante lembrar que o álcool é um potente desidratante, ressecando fortemente a pele, e que os sabões são feitos com soda cáustica e gordura. Os problemas mais comuns são pele ressequida, vermelhidões, fissuras entre os dedos e fungos debaixo das unhas, típicos de uma categoria profissional em extinção: as lavadeiras de roupas. Se o objetivo era evitar a contaminação com o uso excessivo dessas substâncias, o efeito é exatamente o contrário: acabam-se provocando lesões e enfraquecendo uma importante barreira contra os germes, que é a nossa pele. Lembre-se que uma certa oleosidade é fundamental para que a pele não resseque e que não ocorram fissuras, porta de entrada para germes. O álcool e os sabões removem essa oleosidade. Nem o advento das máquinas consegue afastar o portador de TOC do sabão e do detergente. Não é raro que, após a lavagem em máquina, ainda realizem várias lavações e enxágües manuais.



Nojo ou repugnância

Nem sempre as evitações estão, necessariamente, associadas ao receio de contrair doenças ou ao medo de contaminação por germes ou por pesticidas. Alguns pacientes relatam que evitam tocar em certos objetos apenas por nojo ou por repugnância, como, por exemplo, tocar em carne, gelatina, colas, urina, sêmen, sem que tenham, necessariamente, medo de contrair alguma doença específica ou que sejam invadidos por um pensamento catastrófico específico. O interessante é que esses sintomas também podem desaparecer com a mesma abordagem terapêutica – a terapia de exposição e prevenção de rituais –, utilizada para o tratamento dos demais sintomas do TOC.

COMO SÃO ADQUIRIDOS OS MEDOS DE CONTAMINAÇÃO E AS COMPULSÕES POR LIMPEZA

Na verdade, não são conhecidas, até hoje, as causas do TOC. Por esse motivo, não se sabe como nem por que certos indivíduos apresentam obsessões por sujeira e por contaminação, que, como já exposto, são as mais comuns nesse transtorno. Contudo, temos várias hipóteses, sendo que as primeiras envolvem aprendizagens errôneas.

O tipo de educação pode influenciar?

Como vimos, acredita-se que os portadores de TOC sejam indivíduos que, por herança genética, podem apresentar uma maior propensão a ter medos e a desenvolver a doença. Supõe-se, ainda, que, associada a essa propensão genética, pode ter havido uma educação muito exigente ou atemorizadora por parte dos pais, no que se refere a contrair doenças ou a contaminar-se, tornando esses indivíduos ainda mais sensíveis. A educação recebida pode não os ter auxiliado a perder os medos durante os anos de infância, não os estimulando a enfrentá-los. Pais medrosos podem incutir seus medos nos filhos ou não os incentivar a encará-los. Porém, essas hipóteses não foram confirmadas, e, na maioria das vezes, os portadores não relatam fatos que permitam supor que seus medos tenham sido incutidos pelos demais familiares, embora seja muito comum, em uma mesma família, haver mais de um membro afetado pelo transtorno. Se um dos membros é o pai ou a mãe, que, em geral, têm forte influência sobre os demais, é lícito supor a existência de alguma influência, especialmente sobre indivíduos mais sensíveis a medos. Se for por motivos genéticos ou em virtude dos ensinamentos transmitidos pelos pais, não sabemos.

Aprendizagens erradas

Acredita-se que os medos associados ao TOC sejam medos adquiridos. Nesse caso, especula-se por que certos objetos, normalmente neutros, como maçanetas de porta, banheiros e torneiras desencadeiam pensamentos catastróficos, que, por sua vez, provocam medos, os quais se generalizam para muitos outros objetos ou situações. Para que essa hipótese seja confirmada, deveria ter havido, em algum momento, uma associação (pareamento) entre medos ou nojo com objetos ou locais que eram neutros (condicionamento clássico). Entretanto, não se constata esse mecanismo na maioria das vezes, e a hipótese do condicionamento não tem sido confirmada na prática.[68] O mais plausível é que esses indivíduos tenham aprendido formas erradas de se livrar dos medos: a realização de rituais e as evitações, que auxiliam a perpetuar os sintomas, pelo alívio que produzem, mesmo que momentâneo. É o chamado condicionamento operante. O efeito de um comportamento (no caso, o alívio da ansiedade) faz com que ele seja mantido (reforço negativo).

Adotando essas estratégias, os portadores do TOC desconsideram, inclusive, o fato bem-estabelecido de que o contato com germes é essencial para que possamos desenvolver anticorpos e imunidade. Com base nesse princípio, são desenvolvidas as vacinas, que praticamente erradicaram algumas doenças, as quais, no passado, eram um flagelo para a humanidade, como a varíola, a febre amarela e a poliomielite. O fato é que, ao lavarem as mãos, ao tomarem um banho, trocarem de roupa quando chegam da rua ou quando acham que tocaram em algo que consideram sujo, contaminado ou contendo germes, sentem-se menos aflitos, o que os leva a repetirem esses mesmos rituais a todo momento. Em nome do alívio imediato, é pago um preço muito alto: a perpetuação dos rituais e, conseqüentemente, do TOC, conforme demonstrado no Capítulo 4, quando discutimos o papel da aprendizagem no surgimento e na manutenção dos sintomas.

> Em suma, não sabemos como e por que as obsessões e as compulsões por limpeza ou o medo excessivo de doenças se originam, mas temos uma hipótese bastante plausível sobre o motivo pelo qual são mantidos: o alívio obtido com a realização de rituais e das evitações.

Crenças distorcidas ou erradas



A segunda hipótese para o surgimento e para a manutenção das obsessões por contaminação e das compulsões por limpeza é de ordem cognitiva. Os pacientes mais sensíveis ou vulneráveis ao TOC (talvez por razões genéticas) avaliariam de forma exagerada o risco de contrairem doenças, desconsiderando as evidências contrárias.[130] Essas crenças distorcidas ou erradas fazem com que, a todo momento, cometam erros de lógica, tanto na percepção como na avaliação e na interpretação da realidade (p. ex., acreditar que tocar em um trinco de banheiro ou sentar em um banco de ônibus pode provocar AIDS). Esses pensamentos errados e catastróficos, assim como essas avaliações erradas, seriam os responsáveis pelo medo, pela aflição e pela necessidade de realizar rituais ou de evitar os contatos considerados "perigosos". Essa é a hipótese cognitiva para a origem das obsessões por contaminação e dos rituais de limpeza. Temos, por fim, uma hipótese que valoriza aspectos do temperamento (genéticos).

Questões de temperamento: evitar o dano ou buscar novidades

Acredita-se que, por razões biológicas (temperamento), os portadores do TOC sejam pessoas mais predispostas a apresentarem medos e a terem como orientação de conduta evitar o perigo ou o dano (exageram o risco), ao contrário de outros indivíduos que são mais impulsivos, buscam novidades e são mais "arriscadores".

Um estudo recente avaliou dimensões do temperamento de 60 pacientes portadores de TOC, pelo inventário de temperamento e caráter de Cloninger, comparando os escores com os de indivíduos sadios. Verificou-se que pacientes portadores de TOC tiveram escores mais elevados na dimensão "evitar o perigo e escores menores nas dimensões "buscar novidades", "auto-direcionamento" e "cooperatividade", em comparação com indivíduos normais, o que poderia definir um perfil de temperamento no TOC.[131]

CRENÇAS DISTORCIDAS RELACIONADAS A EXAGERAR O RISCO E ÀS OBSESSÕES POR SUJEIRA, CONTAMINAÇÃO E LAVAGENS EXCESSIVAS

Como comentamos anteriormente, existem indivíduos que costumam arriscar-se mais, que buscam novidades. Se você observar crianças em um parque de brinquedos, verá que algumas são mais corajosas: sobem em árvores, descem no escorregador, enquanto outras têm medo e precisam ser estimuladas pelos pais, que não podem sair de perto. Os adultos também encaram as mesmas situações de formas muito diferentes. Acredita-se que isso se deva, em grande parte, aos pensamentos catastróficos que invadem suas mentes nesses momentos.

É muito comum os portadores de TOC que têm obsessões e compulsões relacionadas com sujeira e com contaminacão terem crenças distorcidas e até erradas a respeito de como se contraem as doenças, como elas são transmitidas, o que protege as pessoas e o que, de fato, representa um risco. O erro mais comum é de exagerarem, para si mesmos ou para os outros, a probabilidade ou a gravidade do perigo (risco) de contrairem doenças ou de se contaminarem no contato com certos locais, situações, objetos ou pessoas. [130]

Curiosamente, a tendência a exagerar o risco se manifesta somente em relação aos conteúdos das obsessões, e não em relação a todas as circunstâncias que, no cotidiano, representam risco (p. ex., um paciente não se importava de dirigir em alta velocidade em estrada perigosa, mas não entrava em casa com os sapatos usados na rua; outro era piloto de corrida de automóveis, mas "morria" de medo de ir ao médico e "descobrir" uma doença). Os portadores de TOC parecem, ainda, ter problemas com a lógica do seu raciocínio, ou seja, para eles, as situações são sempre perigosas até que se prove o contrário – que, de fato, não o são –, ao passo que, para a maioria das pessoas, elas são perigosas caso existam fatos que o comprovem.[121] O que é, portanto, a crença distorcida de exagerar o risco?

Exagerar o risco: conceito

Essa expressão designa a tendência que certos indivíduos têm a exagerar a probabilidade ou a gravidade do dano ou do perigo para si ou para os outros, em situações comuns. Em geral, o indivíduo também subestima os recursos ou as capacidades com os quais conta para enfrentar as situações que teme.

Envolve três componentes:

- Superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer: "penso que o mundo é um lugar muito perigoso"; "coisas ruins tendem a acontecer com mais freqüência a mim do que a outras pessoas"; "sou um azarado!".
- Superestimar o impacto na sua própria vida e na vida das pessoas: "posso adoecer"; "minha mãe pode morrer"; "meus filhos poderão ter câncer", etc.
- Subestimar os recursos de que dispõe para enfrentar os riscos (não levam em consideração que, caso adoeçam, podem buscar um médico e fazer um tratamento, e que o tratamento pode ser efetivo.[121]

A tendência a exagerar o risco se manifesta sob a forma da necessidade constante de fazer verificações e de executar rituais que, segundo os pacientes, contribuem para que certos acidentes ou desastres não ocorram. Esses medos os levam a executarem lavagens ou verificações excessivas e repetidas (para "lavar bem limpo" ou para "ter certeza de que fizeram uma lavagem bem feita") e a evitarem o contato com sujeira, pó, germes ou contaminantes. É uma das distorções cognitivas mais comuns do TOC.

Modelo cognitivo da ansiedade: a teoria dos riscos e recursos

O grau de ansiedade que sentimos, de acordo com a teoria cognitiva, depende de dois fatores: do grau do risco que é percebido e dos recursos que acreditamos ter para enfrentá-lo. Se avaliarmos o risco como sendo muito significativo e não dispormos de nenhum recurso para enfrentá-lo, a ansiedade é muito grande. Contudo, se avaliamos que temos muitos recursos para lidar com o risco, ela é bem menor, e assim por diante. Se estiver sozinho na rua, sem nada nas mãos, e vier um *pitbull* latindo em minha direção, minha ansiedade será muito grande, pois o risco percebido é alto e não disponho de qualquer recurso. Porém, se o *pitbull* vier latindo e eu estiver acompanhado de vários amigos, cada um com um porrete na mão, a ansiedade é muito menor. O risco é o mesmo, entretanto, os recursos aumentaram. Essa é a chamada teoria dos riscos e recursos, a respeito das origens da ansiedade.

Pensamentos automáticos e crenças relacionadas a exagerar o risco

As crenças relacionadas a exagerar o risco aparecem sob a forma de frases (pensamentos automáticos), que expressam crenças (nucleares) ou suposições e regras (crenças intermediárias), das quais a pessoa está convencida e que orientam sua conduta. Como conseqüências mentais e comportamentais, podemos mencionar a hipervigilância (a pessoa que tem obsessão por limpeza está sempre enxergando sujeira em todos os lugares), bem como os rituais e as evitações que o indivíduo executa sem questionar. É importante destacar que as crenças relacionadas a exagerar o risco podem sobrepor-se a crenças de outros tipos, como o perfeccionismo, a intolerância à incerteza, as dúvidas sobre ações, a importância e a necessidade de controlar os pensamentos e a fusão do pensamento e da ação, que discutiremos nos próximos capítulos.[130] A seguir, mais alguns exemplos de pensamentos automáticos, crenças, suposições e regras distorcidos ou errados típicos:

- **Pensamento automático:** "acho que fui contaminado pelo HIV" depois de uma relação sexual na qual rompeu o preservativo.
- **Pensamento automático:** "isso pode ser sangue de um aidético", ao ver uma mancha vermelha na rua.
- **Pensamento automático:** "isso pode dar câncer", ao usar prolongadamente o celular.
- **Crenças:** "pode-se contrair doenças tocando em maçanetas de porta, dinheiro, telefones públicos, teclado ou *mouse* de computador, porque foram tocados por outras pessoas". Regra: "devo lavar as mãos sempre que os tocar".
- **Regra:** "não devo usar banheiros públicos, toalhas ou lençóis de hotéis, pois posso contrair doenças" (crença).
- **Crença:** "lavar bastante o corpo, as mãos, os objetos, as roupas e os alimentos e usar bastante sabão ou álcool ajudam a não contrair doenças".
- **Regra:** "se um objeto (ou roupa) cai no chão, não devo usá-los sem antes lavá-lo".
- **Crença:** "apertar as mãos ao cumprimentar pessoas ou tocá-las é perigoso".
- **Suposição:** "se minha toalha de banho tocar na toalha dos meus familiares, posso contrair ou transmitir doenças".
- **Regra:** "devo lavar as mãos antes de tomar banho".
- **Regra:** "não posso entrar em casa com os sapatos que usei na rua, pois vou levar doeças para dentro de casa" (crença).

Crenças envolvendo a disseminação da "contaminação" e o "isolamento" de objetos e locais não-contaminados

A "contaminação" pode ser estendida, de acordo com os portadores de TOC, a outros objetos, pelo simples contato. Lembre que, quando apresentamos o modelo comportamental do TOC, citamos a generalização, fenômeno sobre o qual vamos falar nesse momento. Em razão da generalização, o portador de TOC acredita que a contaminação ou a sujeira podem se disseminar (espalhar) apenas pelo toque, o que é também um exemplo de pensamento mágico, segundo o qual certas propriedades maléficas ou benéficas se transmitem pelo simples contato. Ele acredita que uma bolsa "contaminada"

porque tocou em certa pessoa "contamina" todos os objetos ou pessoas nos quais tocar: a própria roupa, móveis, banco do carro, sofás, mesinha de cabeceira, etc. Essa crença na disseminação da contaminação pelo simples toque é particularmente comum quando ela é invisível: por material radioativo, venenos, contato com doentes, visita a um hospital ou cemitério, toque em uma pessoa azarada ou "ruim", entre outros. Como forma de controlar a disseminação, o objeto "contaminado" é isolado de todos os "não-contaminados"; se involuntariamente ocorrer algum toque ou contato, contaminará tudo o que tocar, "espalhando" a contaminação. Nessas situações, é comum o paciente desfazer-se não só do objeto contaminado (roupas, sapatos, bolsas, carteiras, celular), como também de todos os que foram tocados. Quando as obsessões são mais graves, é comum, ainda, o isolamento dos objetos "contaminados" em compartimentos ou em prateleiras separadas dos "não-contaminados". Muitos pacientes lavam todas as roupas sempre que chegam da rua. Sua justificativa é que, na rua, eles têm contato com muitos germes e não querem trazê-los para dentro de casa. Na verdade, os germes estão no ar e entram pelas portas e janelas por meio do ar que respiramos.

Exemplos clínicos

Uma paciente mantinha as janelas do seu quarto, incluindo os vidros, fechadas, há mais de seis meses. Para ela, o ar proveniente da rua continha grande quantidade de germes, e ela acreditava impedir, dessa forma, que a contaminassem. O cheiro de mofo era insuportável, fato que gerava freqüentes brigas com a família, as quais culminaram em agressões físicas. Na verdade, manter as janelas permanentemente fechadas impede a renovação do ar e estimula a proliferação de fungos, de ácaros e, eventualmente, de vírus se, por exemplo, houver várias pessoas, no mesmo local, com resfriado.

Um paciente queimou as roupas depois de visitar um familiar com câncer no hospital. Além disso, tomava banho e passava álcool por todo o corpo. Adotava esses mesmos procedimentos sempre que se via obrigado a comparecer a algum funeral ou a visitar um cemitério, local que, sobretudo, procurava evitar. Considerava esse procedimento necessário para evitar que AIDS ou outras doenças fossem trazidas do hospital ou do cemitério para dentro de sua casa, pelas roupas. Outro paciente jogou fora sua carteira que, sem querer, havia encostado em um recipiente de veneno. Uma paciente colocou suas roupas no lixo porque havia esbarrado em um mendigo. Finalmente, outra paciente jogou fora mais de sete bolsas, pela simples razão de terem encostado em outras pessoas.

Hipervigilância

Uma das conseqüências das obsessões por contaminação é o medo de tocar em "sujeiras". Esse medo faz com que os portadores do TOC se mantenham constantemente atentos e vigilantes para indícios da presença de germes, sujeira, pó, secreções ou resíduos corporais, como fezes, urina, sangue, sêmen, suor, saliva, etc. Essa hipervigilância faz com que, a todo momento, percebam sujeira em roupas ou em objetos, como pratos, copos e talheres, muito mais freqüentemente do que indivíduos não-portadores de TOC, pelo simples motivo de que desenvolvem sensibilidade especial para perceber (e controlar) o objeto de seus medos: sujeira ou contaminação.

Conseqüências da hipervigilância: exemplos

Uma paciente caminhava na rua o tempo todo atenta para a possibilidade de encontrar fezes de animais (cães, cavalos), a fim de manter distância e, em hipótese alguma, tocá-las. Outro acreditava que poderia adquirir AIDS pisando em manchas de sangue que, segundo receava, poderiam ser provenientes de indivíduos aidéticos. Por esse motivo, vigiava cuidadosamente os locais onde pisava. Um terceiro evitava pisar em qualquer tipo de mancha e, da mesma forma, caminhava com os olhos fixos na calçada, deixando de perceber tudo o que ocorria à sua volta. Pessoas que têm medo de insetos, como mosquitos ou baratas, estão, o tempo todo, encontrando alguns desses insetos. Um paciente que tinha fobia a ratos, por medo de contrair leptospirose, com impressionante freqüência encontrava fezes ou sinais de urina desses roedores em seu pátio ou na sacada do seu quarto, o que confirmava sua certeza de que eles estavam por todos os lugares.

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS OU DE RITUAIS (EPR) PARA OBSESSÕES POR SUJEIRA OU CONTAMINAÇÃO E LAVAGENS EXCESSIVAS

Como já foi mencionado, a terapia de EPR é o tratamento de escolha para rituais de limpeza e evitações. É, inclusive, mais efetiva do que o uso de medicamentos, e as recaídas são menores.

Psicoeducação: quando as lavagens são "normais" e quando são excessivas

Um dos primeiros objetivos da terapia é fazer você readquirir a noção de quais lavagens são "normais" e quais são excessivas. Como regra, os pacientes "lavadores" perdem a noção do que são hábitos de higiene saudáveis e do que são excessivos e, eventualmente, até prejudiciais. Sabe-se que usar demasiadamente sabão causa dermatites e torna o indivíduo predisposto a adquirir fungos – uma doença comum em lavadeiras, como já citado. O álcool, por sua vez, resseca a pele, etc.

Exemplos clínicos

Uma paciente perdia um tempo enorme ao chegar do supermercado porque passava pano úmido em todas as embalagens de refrigerante, caixas de leite, produtos de limpeza, xampus; lavava as latas de azeite, compotas e outras conservas; escovava e lavava os ovos antes de colocá-los na geladeira, etc.

Outra, usando luvas, lavava todas as verduras com detergente, perdendo muito tempo no preparo dos alimentos. Ambas consideravam necessárias e "normais" as lavagens que faziam. Surpreenderam-se ao perceber que, em um grupo de pacientes de terapia cognitivo-comportamental do qual participavam, ninguém mais procedia daquela maneira.

Esses exageros podem ocorrer com o banho, com a escovação de dentes, com a lavação da louça (lavar de novo, mesmo que já tenha sido lavada, etc. Assim, você deve, como primeiro passo, estabelecer para si mesmo quais lavagens são razoáveis em questão de higiene e de prevenção de doenças e quais são excessivas e desnecessárias, devendo ser consideradas sintomas (obsessões e rituais) do TOC. Você pode escolher algumas pessoas de sua confiança, que não sejam portadoras de TOC, e perguntar a elas como procedem nas circunstâncias em que lavam excessivamente. Lavar-se da mesma forma que seus conhecidos ou amigos que não são portadores de TOC deve ser uma meta. Além disso, procure observar as regras que vamos sugerir a seguir. Você pode transcrevê-las em cartão-lembrete e relê-las seguidamente. Essas regras não valem para as pessoas que trabalham em hospitais, como médicos, enfermeiros e atendentes, que, por razões de higiene, e para evitar infecções hospitalares e contaminações, necessitam lavar as mãos com muita freqüência, como antes e depois de tocar em um paciente, antes de realizar um procedimento, eventualmente lavando durante um tempo maior e com sabonetes especiais.

Quando você deve lavar as mãos

- Sempre que enxergar sujeira nas mãos.
- Antes das refeições.
- Depois de usar o banheiro.
- Depois de remover o lixo, lavar roupa ou trocar as fraldas do bebê.
- Antes e depois de preparar alimentos.
- Depois de usar venenos domésticos (*sprays*, venenos para ratos).
- Depois de varrer a casa, passar o aspirador, lavar a louça, limpar o chão ou os móveis da casa.
- Nas situações recém mencionadas, lavar apenas uma vez e por menos de 30 segundos.
- Depois de usar graxas, lubrificantes, detergentes, lidar com terra, cuidar do jardim ou sempre que tocar em alguma sujeira (visível).
- Sempre que sentir um cheiro ruim, ou de sujeira, nas suas mão ou no seu corpo.
- Usar sabonetes comuns. Não utilizar álcool ou sabonetes com bactericidas.

Fora dessas situações, lave as mãos ou o corpo somente se enxergar ou sentir alguma sujeira (cheiro). Caso contrário, não lave.

Inicie os exercícios de exposição e prevenção de rituais começando pelos mais fáceis

Para iniciar a terapia de EPR, você deve rever, na lista de sintomas que você elaborou (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235), os itens assinalados referentes às obsessões por sujeira ou por contaminação, compulsões por limpeza ou lavagens excessivas. Identifique, sobretudo, as evitações. Localize, no questionário, os sintomas aos quais atribuiu grau menor de ansiedade subjetiva e comece as tarefas de exposição e prevenção de rituais por eles. Você deve escolher várias situações (6 a 8) para fazer exposição e, da mesma forma, abster-se de realizar lavagens em número semelhante de situações, nas quais se sente compelido a lavar-se. Deve começar pelos exercícios em que há boa chance (mais de 80%) de realizá-los, ou seja, os que provocam menos aflição ou por aqueles considerados mais fáceis. Anote no formulário de tarefas de casa (Formulário 4 do Caderno de exercícios, p. 246), para que você não esqueça, e para que, depois, possa revisá-los com freqüência. É importante lembrar que eles devem ser repetidos, eventualmente várias vezes ao dia. Você deve ficar tocando nas coisas que evita ou abster-se de lavar as mãos até a aflição desaparecer (habituação). A aflição desaparecerá por si quando você ficar em contato com os objetos ou permanecer nos locais o tempo necessário, desde que desista, efetivamente, de lavar as mãos, de trocar de roupa ou de tomar banho depois. Não vale combinar consigo mesmo para lavar as mãos depois de um certo tempo ou quando chegar a um determinado lugar. Isso impede uma exposição mais efetiva.

A exposição deve ser gradual. Veja o exemplo.

Exemplo de exposição gradual

- Tocar com o dedo indicador na borda da lixeira durante meio minuto.
- Tocar com dois dedos, durante 3 minutos.
- Tocar com todos os dedos, segurando firmemente a borda, durante cinco minutos.
- Colocar a mão dentro da lixeira, sem olhar o que há dentro, e tocar nos objetos ou nos papéis que lá estiverem, durante cinco minutos.

É recomendável, durante a realização dos exercícios, que você se distraia com algo interessante (leitura, música, tarefa prática), não fique vigiando as próprias reações fisiológicas ou olhando o tempo passar no relógio, pois podem ocorrer aumento dos batimentos cardíacos e até falta de ar, que o deixarão apreensivo. Na verdade, o que mais perturba, nesses momentos, são os pensamentos automáticos catastróficos que podem surgir: “posso enlouquecer”, “isso não vai passar”, “não tenho condições de suportar”, “posso parar no pronto-socorro”. Tais pensamentos podem agravar ainda mais a ansiedade. Você deve lembrar-se que eles não têm fundamento e que tudo isso passa, e muito mais rápido, se procurar se distrair. Se tiver alguma dúvida, reveja o fenômeno da habituação, descrito nos Capítulos 4 e 6.

A seguir, são mencionados alguns exemplos de exercícios de exposição e prevenção de rituais para obsessões por sujeira ou contaminação e rituais de limpeza. Eles podem ser adaptados a situações específicas.

Exemplos de exposição

- Tocar em maçanetas de portas.
- Andar de pés descalços no carpete.
- Tocar em corrimãos de escadas ou de ônibus.
- Tocar no botão do elevador, no trinco da porta ou na torneira do banheiro.
- Entrar em casa com os sapatos e com a roupa que usou na rua.
- Sentar no sofá da sala ou na cama ao chegar da rua, sem trocar a roupa.
- Usar banheiro público.
- Tomar mate em roda de chimarrão, usando a cuia coletiva.
- “Bicar” uma bebida no copo de um amigo.
- Usar o sabonete ou a toalha de um familiar.

Exemplos de prevenção de rituais de limpeza

- Reduzir o número de lavagens das mãos. A meta é lavar apenas nas situações em que se deve lavá-las, conforme a lista de situações citada anteriormente.
- Não lavar as mãos ao chegar da rua ou depois de tocar em dinheiro.
- Usar a mesma roupa mais de uma vez.
- Abster-se de passar o guardanapo nos pratos do restaurante antes de servir a comida.
- Não lavar de novo os pratos e os talheres antes das refeições.
- Tomar banho em 8 a 10 minutos (homens) ou 12 a 15 minutos (mulheres), usando o sabonete e o xampu apenas uma vez.

Rituais "escondidos": formas de neutralizar as obsessões e de evitar a exposição

É importante que você fique atento para não adotar medidas que anulem a exposição ou a prevenção de rituais, como, por exemplo, ter uma mão "suja" ou "contaminada" para tocar nos objetos "contaminados" e a outra limpa para tocar nos objetos "limpos". Um paciente dividia a mão em metade contaminada (três primeiros dedos) e metade limpa (últimos dois dedos). Outra paciente considerava a palma da mão limpa (para segurar alimentos) e o dorso contaminado (para tocar no próprio corpo, abrir portas, segurar a carteira, etc.). Outro aceitou entrar em casa com os sapatos que usava na rua, mas, antes de entrar, lavava as solas dos sapatos. Muitos utilizam o cotovelo para tocar em objetos que consideram contaminados, como para abrir a porta de banheiro público ou a torneira, ou ainda levantam a tampa do vaso com o sapato, evitando o toque direto com as mãos. Essas manobras neutralizam e anulam os efeitos da exposição e da prevenção de rituais. Assim, a primeira medida é eliminar tais divisões ou manobras.

A exposição perde o seu efeito se for seguida por lavagem ou por alguma forma de neutralização. Nessas condições, não ocorre o efeito esperado de elevação da ansiedade, ou ele é mínimo, o que impede o processo de habituação. Uma paciente admitia passar perto de mendigos desde que, dentro de no máximo meia hora, pudesse trocar de roupa. Essa possibilidade reduzia sua aflição, mas impedia que perdesse o medo de chegar perto de mendigos ou de tocá-los. Uma outra entrava em casa com a roupa da rua, desde que pudesse tomar um banho em até, no máximo, meia hora depois.



Banhos excessivamente demorados

A preocupação demasiada com a limpeza corporal pode levar os portadores do TOC a estenderem o banho, às vezes, por várias horas. Além da demora em si, os pacientes esfregam demais a esponja na pele, usam sabonetes de forma excessiva e passam o xampu no cabelo várias vezes (ensaboam-se três ou quatro vezes, quando apenas uma é suficiente), eventualmente provocando vermelhidões ou até lesões na pele.

Uma paciente demorava muito no banho porque, além da preocupação com a sujeira, necessitava ter certeza de que a lavação havia sido perfeita e de que nenhum centímetro de sua pele havia ficado de fora – o que era difícil em certas regiões do corpo, como as costas. Um paciente só encerrava o banho quando o reservatório do prédio esvaziava, criando problemas aos demais moradores.

Uma dica para portadores de TOC que demoram muito no banho é cronometrar o tempo do banho e estabelecer como meta reduzi-lo em 30% a cada semana, até chegar a um tempo razoável (veja as regras a seguir), observando o tempo que seus familiares demoram no banho e procurando

chegar à mesma marca. É possível, ainda, valer-se de um despertador, que deve tocar quando o tempo estabelecido estiver esgotado ou cinco minutos antes. Também podem solicitar a um familiar que bata na porta quando o tempo estiver se esgotando. No caso extremo do paciente que esvaziava a caixa de água do prédio, todas essas estratégias foram adotadas simultaneamente, além de uma mais drástica: foi estabelecido o acordo de que a mãe o avisaria cinco minutos antes de encerrar o prazo e, depois disso, desligaria o registro do banheiro.

Os pacientes podem, ainda, demorar excessivamente para se secarem e para se vestirem. Nesses casos, também devem ser estabelecidos tempos para cumprirem as tarefas.

Regras para o banho

- Tome um banho por dia: 8 a 10 minutos, em média, para homens, e 10 a 12 minutos para mulheres é um tempo razoável.
- Não faça rituais (repetições) durante o banho, passe o sabonete e o xampu apenas uma vez e durante pouco tempo: 2 a 3 minutos é um tempo razoável.
- Tome banho depois de praticar esportes, fazer caminhadas ou realizar trabalhos que o deixaram muito suado ou exausto.
- É razoável tomar mais de um banho em dias de muito calor.
- Evite passar álcool no corpo ou nas mãos durante o banho.
- Não lave as mãos antes de iniciar o banho.

Lavagem excessiva de roupas

Além da lavagem exagerada das mãos ou do excesso de banhos, o portador de TOC tem o hábito de trocar de roupas ou de lavá-las demasiadamente. É comum que, ao chegar da rua, troque e lave, sistematicamente, toda a roupa, mesmo em dias frios, e não apenas a roupa de baixo. Eventualmente, passa a roupa mais de uma vez na máquina, enxágua várias vezes, além de não misturar, na mesma lavagem, roupas mais e menos "sujas" ou "contaminadas". Acredita que o simples fato de andar na rua contamina as roupas.

Em resumo, os dois recursos cruciais para se vencer obsessões por sujeira, contaminação ou nojo, rituais de limpeza, lavação excessiva e evitações são a exposição e a evitação de lavagens desnecessárias (prevenção de rituais). Veremos, a seguir, as técnicas cognitivas que podem representar uma ajuda importante para a adesão aos exercícios, pois auxiliam a reduzir os medos derivados dos pensamentos catastróficos.



Lembretes

O TOC tem suas próprias armadilhas. Ele pode criar a falsa sensação de que a pessoa tem as mãos ou o corpo sujos.

- Na dúvida, não lave!
- Preocupe-se com a sujeira visível e esqueça a invisível.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Além das técnicas de EPR que descrevemos, você pode utilizar alguns métodos cognitivos para corrigir pensamentos distorcidos (exagerar o risco, necessidade de ter certeza) e, eventualmente, errados sobre as causas das doenças, sobre como são adquiridas, sobre o que favorece e o que impede a contaminação e sobre a função da limpeza e das lavagens. A seguir, apresentaremos algumas técnicas voltadas para essas crenças, que poderão ajudá-lo a corrigir suas convicções erradas.

Questionamento socrático

Essa é uma das técnicas que mais pode auxiliar na correção de pensamentos distorcidos ou errados e na diminuição de medos de contaminação. Para usá-la, você deve identificar a situação na qual tem medo de se contaminar e é compelido a lavar-se, e fazer as seguintes perguntas:

- Que evidências (conhecimento médico, fatos, pesquisas) comprovam que meus medos têm fundamento?
- Que evidências são contrárias?
- Existe explicação alternativa para os meus medos? (Eles existem porque sou portador de TOC e não porque as coisas que temo são de fato perigosas).
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou me abstendo de fazer as lavagens exageradas que faço, aconteça aquilo que temo (contaminação, doença)?
- O que imagino que acontecerá, se tocar no que evito? E o que, de fato, acontecerá?
- O que _____ (fulano) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Supondo que aconteça o pior (contrair uma doença), o que seria de mim? O que aconteceria comigo? Teria chances de sobreviver?

Esse exercício pode ser aplicado a uma ou mais situações evitadas ou a situações em que você sinta necessidade de se lavar, como, por exemplo, depois de tocar em dinheiro ou em trinco de porta.

A técnica das duas hipóteses ou das duas teorias alternativas

A técnica das duas hipóteses ou das duas teorias alternativas é uma forma mais simplificada de fazer o questionamento socrático e é muito efetiva. Você propõe duas explicações (ou hipóteses) alternativas para os seus sintomas e conclui qual delas lhe parece mais plausível. Se você tiver alguma dúvida sobre essa técnica, reveja o Capítulo 9.

- **Hipótese A:** Meus medos são reais porque possuem base no conhecimento médico e são comprovados pela pesquisa; pelo resto da minha vida, devo seguir fazendo as lavagens que realizo e evitando tocar nas coisas que, normalmente, evito, sob pena de contrair doenças ou de meus familiares adoecerem.
- **Hipótese B:** Meus medos existem porque tenho TOC.

Entre essas duas hipóteses, qual é a mais provável? A hipótese A ou a B?

Quebrando o pensamento dicotômico

- Quanto você acredita (de 0 a 100%) que, tocando nas coisas que evita ou deixando de executar seus rituais, pode contrair doenças?

Caso não haja 100% de certeza, você não está convencido, em parte, pelo menos, de que seus medos tenham uma base real. Se você não é capaz de mencionar, no mínimo, uma evidência, fato ou até mesmo opinião de alguma autoridade no assunto (p. ex., um médico, cujos conhecimentos e orientações sejam confiáveis) que justifique seus rituais, comece a pôr seus pensamentos catastróficos e crenças em dúvida. Quem sabe você tenha a tendência a exagerar o risco das coisas, por ser um portador do TOC, e o mundo não seja tão perigoso como lhe parece?

Consulta a especialistas ou pesquisas por meio de leituras ou na internet

Caso você conheça algum médico, pode consultá-lo sobre como se dá a transmissão da AIDS ou da hepatite, ou sobre os fatores de risco para se ter câncer, acidente vascular cerebral, etc. Você pode perguntar se é possível contrair AIDS tocando em um trinco de porta, usando banheiro público ou pisando com os sapatos em mancha de sangue detectada na rua. Você pode, ainda, se informar, por meio de leituras ou em *sites* confiáveis da internet (de universidades, órgãos governamentais ligados à saúde, organizações de portadores de determinadas doenças) sobre como se dá a transmissão. Além disso, tenha sempre em mente a questão: "o que mais protege contra doenças: fazer lavagens a todo momento ou o contato com sujeira e germes, que induzem a formação dos anticorpos e garantem a imunidade"?

Testes comportamentais

Para perder certos medos, nada melhor do que testá-los na prática. Você escolhe alguns dias da semana e, propositalmente, quebra algumas das suas regras: não lava as mãos depois de tocar em dinheiro ou antes de comer um sanduíche, anda por toda a casa com os sapatos com os quais transitou em hospital ou banheiro público, abre as janelas para ventilar a casa e observa se acontece o que você estava temendo: se alguém na família adoeceu, por exemplo.

RESUMO E DESTAQUES

- As obsessões e as compulsões por sujeira e por limpeza são alguns dos sintomas mais comuns no TOC.
- A origem desses sintomas não é bem-conhecida, mas acredita-se que o alívio obtido com a realização dos rituais e com as evitações seja o principal mecanismo para perpetuar o TOC.
- Os pacientes que apresentam obsessões por sujeira, por contaminação e compulsões por limpeza apresentam pontuações mais elevadas na dimensão do temperamento "evitar danos" (*harm avoidance*) e são menos "buscadores de novidades" (*seeking novelty*) ou "arriscadores" do que indivíduos saudáveis.
- Em "lavadores", são comuns pensamentos automáticos catastróficos, relacionados a contrair doenças ou a se contaminar.
- A distorção cognitiva mais típica subjacente aos rituais e às evitações é avaliar, de forma excessiva, o risco.
- O nojo pode ser um dos motivos para lavações excessivas e evitações. Não é necessariamente precedido por um pensamento automático catastrófico.
- No tratamento das obsessões por sujeira ou por contaminação e dos rituais de limpeza, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de rituais são altamente efetivas, assim como estratégias para reduzir a vigilância.
- Por meio do fenômeno da habituação, os exercícios de exposição e prevenção de rituais reduzem ou até eliminam tanto as obsessões como as compulsões.
- Técnicas cognitivas, como o questionamento socrático, o teste das duas alternativas, a consulta a especialistas, os testes comportamentais e os lembretes, auxiliam a reduzir a intensidade dos medos, facilitando a adesão aos exercícios de exposição e prevenção de rituais.

Capítulo 11

VERIFICAÇÕES EXCESSIVAS, REPETIÇÕES, DÚVIDAS E INDECISÃO (EXCESSO DE RESPONSABILIDADE E INTOLERÂNCIA À INCERTEZA)

Obsessões por dúvida seguidas de rituais de verificação e de repetições são muito comuns no TOC. As verificações são realizadas com o intuito de prevenir desastres futuros e, especialmente, para proteger as pessoas de algum dano. Elas são um tipo de comportamento preventivo e são, normalmente, acompanhadas de dúvidas e indecisão. Como, em geral, é impossível se ter certeza de que algo ruim não vá ocorrer no futuro, principalmente se é algo vago, elas podem nunca ter um término natural. Pensamentos automáticos catastróficos de que possam ocorrer desgraças ou danos e crenças distorcidas, como excesso de responsabilidade e a necessidade de ter certeza, estão por trás desses sintomas, e acredita-se que tenham um importante papel na sua origem e perpetuação. Vamos conhecer e aprender a utilizar as técnicas comportamentais e cognitivas para o seu tratamento.

Desde o século XIX, os autores salientam como características marcantes dos portadores de TOC o excesso de responsabilidade, as dúvidas e a necessidade de ter certeza. Em francês, a expressão "*la folie du doute*", ou a "loucura da dúvida", designa esse traço. As verificações excessivas geralmente vêm acompanhadas da necessidade de ter certeza, necessidade de confirmar repetindo perguntas, necessidade de obter reasseguramentos por parte das outras pessoas, indecisão, atrasos e lentidão para tomar decisões. Esses pacientes são conhecidos também como "verificadores" ou "checadores". Verificações excessivas estão presentes em mais de 40% dos pacientes com TOC.[5,6] Um outro estudo, com 453 portadores de TOC, verificou que 28,8% dos pacientes apresentavam compulsões por checagem, que foi a compulsão mais freqüente.[128] Acredita-se que possam constituir um grupo distinto dentre os vários conjuntos de sintomas do transtorno, podendo estar associados a obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou somático.[29]

Repetições, busca de reasseguramentos por meio de perguntas freqüentes ou outros comportamentos repetitivos, como reler parágrafos, repassar mentalmente filmes e conversas passadas, voltar a determinado lugar para ver se leu de forma correta um anúncio luminoso ou se não atropelou um pedestre, não deixam de ser verificações ou rituais destinados a eliminar dúvidas, mesmo que de forma passageira ou com o propósito de evitar falhas. Neste capítulo, vamos nos deter um pouco mais nos pacientes atormentados por dúvidas e por indecisões, os chamados "verificadores", que, como o os "lavadores", em geral, apresentam uma boa resposta à terapia cognitivo-comportamental (TCC).

O QUE SÃO COMPULSÕES OU RITUAIS DE VERIFICAÇÃO?

As compulsões de verificação são atos repetitivos, estereotipados e intencionais, realizados pelo paciente com a intenção de prevenir desastres futuros e, especialmente, realizados com a finalidade de prevenir possíveis danos a outras pessoas. Elas podem ser evidentes e observáveis por qualquer um ou encobertas e inacessíveis a um observador, como é o caso das compulsões mentais.

A condição necessária e suficiente para descrever um comportamento repetitivo como compulsivo é o ato ser precedido por um senso interno de pressão para agir, que pode ser decorrente de um pensamento catastrófico ou de um desconforto físico (fenômeno sensorial). O fato de o paciente tentar resistir é mais um dado confirmatório, embora não-suficiente. São comportamentos voluntários, que têm um motivo e um fim, em contraste com movimentos repetitivos, mecânicos e robóticos observados em transtornos neurológicos. Não deixam de ser um tipo de comportamento preventivo.[78]

As compulsões de checagem, em geral, estão associadas com indecisão e dúvida, tomam muito tempo para serem realizadas, são feitas, muitas vezes, de forma lenta, provocam alguma resistência interna e tendem a ser acompanhadas por tensão e ansiedade. Embora estejam sob o comando da vontade da pessoa, em muitas ocasiões, o impulso a executar o ritual é tão forte que, mesmo reconhecendo ser irracional, a pessoa não consegue resistir. As checagens também podem ser adiadas, reduzidas ou delegadas para outras pessoas, como amigos ou familiares.

VERIFICAÇÕES "NORMAIS" E VERIFICAÇÕES EXCESSIVAS

As compulsões podem ser total ou parcialmente aceitáveis, mas, em geral, são percebidas pela pessoa como excessivas, exageradas e, eventualmente, até sem sentido. Muitas vezes, entretanto, o portador de TOC se pergunta até que ponto a verificação de portas, janelas, gás, torneiras ou aparelhos elétricos é normal e quando essas medidas de segurança podem ser consideradas excessivas. Nesse aspecto, uma primeira resposta pode ser obtida por meio da observação de como se comportam os não-portadores do transtorno. Como regra, você deve desconfiar de tudo o que faz mais de uma vez. Lembre-se que algumas verificações podem, inclusive, aumentar o risco de danificar os seus equipamentos. Por exemplo, abrir e fechar a válvula do botijão de gás várias vezes ao dia ou girar os botões do fogão repetidamente para ter certeza de que estão bem-fechados não garante que não haverá vazamento. A repetição pode, inclusive, aumentar as chances de que ocorram incidentes, seja por desgastar mais rapidamente as peças, seja pelo aumento de chances de não serem fechadas de forma adequada. Você deve se lembrar, também, de que é mais fácil identificar o gás pelo cheiro característico (artifício das companhias distribuidoras, que permite perceber escapamentos), e que uma torneira de água pingando não significa necessariamente alagamento. Uma paciente havia danificado várias torneiras em sua casa de tanto apertá-las para certificar-se de que estavam fechadas. Os imprevistos sempre podem acontecer, como uma chuva de granizo danificar o telhado do prédio ou um cano de água estourar e inundar a casa. Não há como impedi-los totalmente. Também não significa que você não irá sobreviver a tais desastres! Temos que aprender a conviver com essa possibilidade e nos perguntarmos: sobreviverei se ocorrer algum desses desastres?

Dicas

- Desconfie de tudo o que você se sente compelido a repetir, de quando é obrigado a repetir com muita freqüência ou de quando sente um grande desconforto caso não realize uma verificação, e esclareça suas dúvidas.
- Raramente é possível ter certeza absoluta de que alguma desgraça futura não irá ocorrer, principalmente quando tais desgraças são vagas.
- A busca por certeza pode tornar o ritual de checagem interminável.

Por que os portadores de TOC fazem verificações?

Rachman propôs uma teoria, que, na verdade, é um modelo cognitivo, para explicar as razões pelas quais as pessoas fazem verificações.[78]

Teoria cognitiva de Rachman para as verificações

As verificações são realizadas quando uma pessoa que acredita ter uma grande e especial responsabilidade em prevenir danos, especialmente em relação aos outros, sente-se insegura em relação ao risco de que algum possível dano tenha sido efetivamente reduzido ou removido. Nas suas tentativas de obter essa certeza e total segurança, as pessoas excessivamente responsáveis fazem checagens repeti-

damente. Paradoxalmente, as tentativas de obter total certeza produzem efeitos adversos e deixam mais dúvidas, perpetuando a necessidade de fazer verificações. Ainda segundo Rachman, a intensidade e a duração das checagens são determinadas por três multiplicadores:

1. responsabilidade excessiva ou aumentada;
2. avaliação distorcida da probabilidade do dano;
3. avaliação antecipada, também distorcida, da sua gravidade.[78]



A repetição das verificações ocorre por um mecanismo de autoperpetuação, que envolve quatro elementos:

1. com a repetição das verificações, ocorre um aumento do senso de responsabilidade pessoal e da avaliação da probabilidade do dano – a crença na possibilidade de ocorrer uma falha é maior quando a pessoa está em uma posição de responsabilidade;
2. a repetição das checagens causa certa confusão ou borramento na memória: a confiança da pessoa em sua memória diminui, tornando mais difícil ter certeza, ou, quanto mais checagens faz, menos confia na sua memória e nas suas lembranças;
3. a busca, sem sucesso, para ter certeza de que a probabilidade de ocorrerem prejuízos, danos ou desastres para com outros foi reduzida ou eliminada. Essa certeza, principalmente em relação a eventos futuros, geralmente é impossível de ser obtida;
4. o alívio momentâneo causado pelas verificações, que torna tentador usar esse recurso sempre que uma dúvida invadir a mente.[78]

Os checadores sempre avaliam como sendo maiores tais possibilidades em comparação com os não-checadores. É muito provável, ainda, que a preocupação exagerada em falhar, devido ao excesso de responsabilidade, e a ansiedade decorrente da incerteza interfiram na atenção e na concentração no momento da realização das checagens. Elas podem influenciar na posterior lembrança dos fatos e no grau de certeza, criando o terreno propício para a dúvida e para a necessidade de nova verificação.

O excesso de responsabilidade ou responsabilidade exagerada

Os verificadores são pessoas muito sensíveis, muito responsáveis, que se sentem mal com a possibilidade de cometerem falhas e, por esse motivo, têm pouca tolerância a situações de imprevisibilidade, novidades, mudanças e incerteza. Tentam sentir-se mais confortáveis, aumentando o seu grau de certeza por meio de um maior controle das situações, mediante a realização de verificações repetidas que, de preferência, possam levá-los a ter certeza absoluta – o que, na maioria das vezes, é impossível – como forma de livrarem-se do desconforto que a dúvida (a loucura da dúvida) provoca.

A diminuição da ansiedade obtida os leva a realizar novas verificações toda vez que sua mente é invadida por algum tipo de dúvida, o que perpetua o TOC. Acredita-se ainda que o aumento da ansiedade nessas situações seja decorrente de um sentimento exagerado de vulnerabilidade, tanto em relação a eventos externos (incêndio, acidentes, erros cometidos) como em relação a eventos internos (pensamentos intrusivos inadequados, emoções muito intensas). O paciente tem o pensamento de que, se for envolvido em alguma dessas situações, poderá não sobreviver emocionalmente, por não ser capaz de suportar a ansiedade, em função do medo pelas conseqüências de uma falha (geralmente exageradas) e pela culpa por se sentir responsável. Vejamos um pouco mais sobre a questão do excesso de responsabilidade.

EXCESSO DE RESPONSABILIDADE

Acredita-se que o excesso de responsabilidade seja o principal motivo pelo qual os portadores de TOC são levados a realizarem verificações repetidas. Crenças distorcidas relativas a essa questão são conside-

radas, por alguns autores, como Paul Salkovskis, Rhéaume e outros, o problema central desse transtorno e dos verificadores em especial.[66,67;122]

O que é o excesso de responsabilidade?

O excesso de responsabilidade refere-se à crença da pessoa de que tem um poder decisivo para provocar ou para impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam no futuro, em conseqüência de erros, desatenções, esquecimentos ou falhas morais, mesmo que involuntárias. Em decorrência dessa crença, considera como sua a responsabilidade de evitar doenças, acidentes, desastres ou danos, cuja prevenção é essencial. Esses prejuízos podem ser reais, isto é, ter conseqüências no mundo real e/ou em nível moral. A pessoa acredita, ainda, que qualquer influência que possa exercer sobre um acontecimento equivale a ter responsabilidade total sobre o mesmo.[121,122]

As pessoas com excesso de responsabilidade, além de realizarem seguidas verificações, com freqüência apresentam sentimentos de culpa, repetem tarefas para evitar erros e estão permanentemente em vigília para não cometer falhas. Por esse motivo, além do excesso de responsabilidade, são perfeccionistas e não sabem conviver com a incerteza. Um estudo recente mostrou que mesmo pacientes portadores de TOC que não eram checadores tinham a tendência a avaliar de forma excessiva a responsabilidade, em comparação com os checadores e os portadores de outros transtornos de ansiedade, sugerindo ser a questão do excesso de responsabilidade um problema mais geral do que simplesmente um problema relacionado ao TOC, como propõe Cougle e colaboradores.[132]

Exemplos clínicos de excesso de responsabilidade

Um paciente sofreu uma queda de bicicleta na rua e acabou provocando um acidente. Em sua avaliação (distorcida), acreditava que a culpa havia sido toda sua, mesmo sendo o acidente involuntário. O motorista, que dirigia em excesso de velocidade e que foi obrigado a frear de repente, não teria culpa, segundo a sua avaliação. Outro paciente teve seu carro roubado e também concluiu que a responsabilidade era toda sua porque não colocou alarme e deixou o carro em lugar escuro e deserto. O ladrão não tinha culpa. E ainda argumentava: "ele não tem culpa porque roubar é o ofício dele. Eu é que falhei por não ter sido mais cuidadoso".

Crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade

- Sou suficientemente poderoso para prevenir ou provocar desastres (mesmo no futuro ou a distância).
- Fracassar em prevenir (ou deixar de tentar prevenir) algum dano ou prejuízo a outras pessoas é o mesmo que praticá-lo.
- Uma falha sempre é imperdoável, mesmo que seja involuntária ou não-intencional.
- Se meu filho/pai/mãe adoecer, é porque falhei. Todos vão me condenar.
- A responsabilidade não é diminuída pela improbabilidade.
- Se algo ruim aconteceu (meu filho se acidentou), foi porque falhei. Poderia ter evitado isso.

INTOLERÂNCIA À INCERTEZA

Um segundo grupo de crenças que impele o portador de TOC a realizar verificações ou repetições é o fato de não tolerar conviver com a incerteza (ou a necessidade de ter certeza). Os sintomas OC mais comuns relacionados a esse grupo de crenças são as obsessões de dúvida, a indecisão, a demora excessiva na realização de tarefas, as postergações, as repetições, as verificações, a busca constante por confirmações e por reasseguramentos (fazer repetidas vezes a mesma pergunta para outras pessoas, por causa de dúvidas ou ficar interminavelmente argumentando mentalmente – ruminação obsessiva – para ver se consegue ter certeza). Esse tipo de distorção cognitiva também é comum em outras condições psiquiátricas, como no transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e no transtorno da personalidade dependente.[121]

É muito comum você ficar preso a dúvidas (ruminações) sobre as mais variadas questões: se compreendeu bem uma opinião que ouviu, se memorizou corretamente o horário combinado ou o preço estabelecido, se entendeu de forma adequada o parágrafo que leu ou a palestra a que assistiu. Para esclarecer tais dúvidas e evitar erros, é levado a fazer perguntas repetidas ou a ficar repassando na sua cabeça diálogos travados, parágrafos lidos, roteiros de filmes, decisões tomadas (p. ex., uma compra), não tolerando permanecer qualquer dúvida. Outra estratégia é anotar tudo: recados de telefone, combinações e, até mesmo, tarefas rotineiras repetidas, revisando tais listas várias vezes ao dia – tudo para não errar.

É comum, também, a realização de pesquisas e de consultas intermináveis com amigos, adiando decisões enquanto não tiver certeza, por exemplo, de que está fazendo o melhor negócio que seria possível ser feito.



Exemplos clínicos

Uma paciente não conseguia decidir sobre a compra de uma roupa porque ficava sempre na dúvida quanto à qualidade e ao preço do produto. Fazia inúmeras pesquisas e adiava indefinidamente suas decisões. Mesmo depois de realizada a compra, continuava investigando os preços, para confirmar se havia feito ou não uma boa compra, não se perdoando caso descobrisse que o preço que havia pago não era o melhor. Outra paciente era incapaz de fazer compras sozinha e, então, obrigava-se a levar a mãe ou a irmã, que eram as pessoas que, finalmente, decidiam e, por conseguinte, arcavam com a responsabilidade.

Exemplos de crenças disfuncionais relacionadas à necessidade de ter certeza

- Se não tenho certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros.
- Incertezas, novidades e mudanças são perigosas porque não sei se sou capaz de lidar com elas.
- Tendo certeza absoluta das coisas, não cometo erros e as desgraças não acontecem.
- Se eu ficar pensando bastante tempo, vou conseguir ter certeza.
- Sempre é possível ter certeza.

Sou ou não sou homossexual?

As dúvidas podem ter como conteúdo uma questão considerada de grande importância ou significado para o paciente, razão pela qual são acompanhadas de muita aflição e de intensa necessidade de realizar rituais ou de buscar reasseguramentos. Tais dúvidas podem estar relacionadas a pensamentos inadequados de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo, escrupulosidade ou perfeccionismo. Um exemplo comum desse tipo de dúvida, seguida da necessidade de se certificar, são as dúvidas relativas a ser ou não homossexual, no presente ou em um futuro remoto. Pacientes que são assaltados por esse tipo de dúvida, na verdade, são pessoas para as quais ser ou não ser homossexual é uma questão vital, talvez em decorrência de seus próprios preconceitos ou do seu contexto familiar, pelo qual imaginam que seriam veementemente condenados e rejeitados, caso fossem homossexuais. Como comentava um paciente "o que vai ser do meu pai, se ele descobrir isso de mim?"

Freqüentemente, esses pacientes têm grande vergonha dessas suas dúvidas e não as compartilham com ninguém, pois as tomam como um indicativo de uma possível homossexualidade latente que, embora não tenha se manifestado até o presente, poderá eclodir a qualquer momento. "Não sou

uma lésbica enrustida?" perguntava uma paciente. É comum, ainda, que tais dúvidas angustiantes sejam acompanhadas de depressão e, eventualmente, de idéias de suicídio.

Dúvidas envolvendo homossexualidade: um exemplo clínico

Um paciente tinha dúvidas intensas sobre ser ou não um homossexual, tanto em relação ao presente quanto ao futuro, que lhe causavam grande aflição, pois, segundo afirmava, "tais pensamentos não têm nada a ver comigo. Se eu vier a descobrir que sou homossexual, me mato! Era só o que me faltava: descobrir isso nessa altura da vida." Embora nunca tivesse tido qualquer interesse, inclinação ou até mesmo fantasias sexuais em relação a outros homens e tivesse atração por sua esposa e uma vida sexual intensa com ela, tais fatos não o tranqüilizavam e era assaltado por dúvidas quase permanentes. Utilizava diversas checagens para ter certeza de que não era homossexual ou de que, mesmo em um futuro distante, tal possibilidade jamais seria possível. Como tal certeza era impossível de ser obtida, era tentado a olhar fixamente para a região genital de outros homens (inclusive do próprio pai) para ver o que sentiria – se desejo ou excitação –, e tentava masturbar-se olhando para figuras masculinas, para certificar-se de que não se excitava com tais estímulos. O fato de não sentir excitação não era suficiente para acalmar suas dúvidas e, ainda, despertava outras dúvidas, tais como se era ou não impotente. Não partilhava com outras pessoas as razões de seu sofrimento pelo temor de ser mal interpretado ou até mesmo ridicularizado.

OS VERIFICADORES TERIAM FALHAS DE MEMÓRIA?

Pergunta-se por que os verificadores necessitam fazer uma nova verificação minutos depois de terem realizado a primeira. Teriam falhas de memória e, em virtude disso, dificuldade em lembrar, ou rapidamente esquecem o que realizam? As pesquisas não têm comprovado essas hipóteses. A necessidade de verificar parece estar mais relacionada à intolerância à incerteza e à falta de concentração do que propriamente a falhas de memória. Eles parecem ter até memória detalhada para as situações que representam risco, embora pareçam não conseguir lembrar, com exatidão, um procedimento que tenham executado nem se o fizeram bem-feito: "geralmente esqueço onde coloco as minhas chaves, mas posso dizer, com exatidão, onde estão os germes na minha casa".[133]

Um estudo recente verificou que pacientes verificadores têm percepção de uma menor capacidade de memória e uma menor confiança nas suas lembranças. Essa menor confiança ocorria especificamente em situações pelas quais eles eram responsáveis.[134] Um outro estudo verificou um *déficit* de memória não-verbal, avaliada por testes neuropsicológicos, em pacientes checadores, comparativamente a não-checadores.[135]

Um estudo recente verificou que pacientes verificadores têm percepção de uma menor capacidade de memória e uma menor confiança nas suas lembranças. Essa menor confiança ocorria especificamente em situações pelas quais eles eram responsáveis.[134] Um outro estudo verificou um *déficit* de memória não-verbal, avaliada por testes neuropsicológicos, em pacientes checadores, comparativamente a não-checadores.[135]

LENTIDÃO OBSESSIVA

Atividades que, para indivíduos não-portadores de TOC, requerem muito pouco esforço consciente, para os portadores podem se tornar muito difíceis, como, por exemplo, decidir o momento de interromper a lavagem das mãos (em função da dúvida sobre se estão bem-lavadas ou não) ou o banho (para ter certeza de que todas as partes do corpo foram lavadas e de que a lavagem de todas elas foi, de fato, bem-feita – necessidade de ter certeza); relembrar o que foi falado durante uma conversa; decidir se a porta está bem-fechada, ou se a torneira, o gás e o fogão estão, de fato, desligados; escolher o que levar na mala ao fazer uma viagem ou ao sair de férias.

Exemplo clínico

Um paciente levava por volta de 20 minutos escovando os dentes, para ter certeza de que havia feito uma boa escovação, em um excesso contra-indicado pelos dentistas, pois poderia danificar o esmalte dos dentes.

Pensamentos intrusivos envolvendo risco (e responsabilidade) de falhar, necessidade de ter certeza, bem como a ansiedade associada a eles, acabam interferindo no processo de tomada de decisão. Os portadores tendem a repetir uma ação até que se sintam seguros. Em última instância, usam critérios subjetivos (sentirem-se bem ou sentirem-se confortáveis) para decidir interromper uma ação (a verificação), e não uma evidência lógica (ter verificado com cuidado que a porta estava fechada ou ter conferido seu extrato bancário com o talão de cheques). O resultado final é a extraordinária demora na realização das tarefas mais comuns.

Problemas associados à necessidade de ter certeza são comuns:

- Sentimento de vulnerabilidade.
- Dificuldade de lidar com afetos intensos.
- Dificuldade de lidar com situações inevitavelmente ambíguas, novidades ou com mudanças imprevisíveis.
- Dificuldade em aceitar que, muitas vezes, é impossível ter certeza.
- Falta de confiança na memória, possivelmente por falta de concentração.[132-134]

TRATAMENTO DAS OBSESSÕES DE DÚVIDA, VERIFICAÇÕES E REPETIÇÕES

Como nos demais sintomas do TOC, o tratamento das dúvidas e das verificações excessivas é realizado com as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de rituais e com métodos cognitivos adaptados à correção de crenças distorcidas, relacionadas ao excesso de responsabilidade e à intolerância à incerteza. Em geral, há resposta satisfatória a essa modalidade de tratamento, que pode ser complementada ou não com o uso de medicamentos. É muito importante que você realize os exercícios de casa o maior número de vezes possível e, no caso desses sintomas, permaneça o maior tempo possível abstendo-se de realizar as verificações.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS: EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS

A prevenção de respostas (ou de rituais) é a técnica crucial para vencer a necessidade de realizar verificações. Diante das situações nas quais você, normalmente, é levado a fazer as verificações (antes de sair de casa, ao deitar-se), deverá conter-se e não realizá-las. Fará isso de forma gradual, de uma forma que considere possível suportar o aumento da ansiedade, combinando os exercícios com o terapeuta. Ao manter suas dúvidas, em vez de aliviá-las, sofrerá aumento súbito da ansiedade, que desaparecerá gradualmente, em minutos ou em mais tempo. Cada vez que se abstiver de realizar uma verificação, o aumento da ansiedade será menor, até não ocorrer mais aflição alguma. É o fenômeno da habituação.

Exemplos de exercícios de prevenção de verificações

- Verificar as portas, janelas ou torneiras apenas uma vez ao sair ou ao deitar e não voltar para verificar se, de fato, estão fechados.
- Não verificar o fogão ou a geladeira e não fechar o gás antes de deitar. Fechar o gás apenas quando for viajar.
- Não verificar se a porta da geladeira ficou fechada passando a mão ou olhando.
- Ao sair de casa, depois de passar a chave na porta, não fazer verificação adicional com as mãos, não forçar o trinco nem olhar para ver se ficou fechada.

- Se, depois que saiu de casa, ficou em dúvida sobre se a porta ficou bem-fechada, se desligou ou não o ferro de passar, se desligou o fogão, não voltar para verificar.
- Caso lembrar que desligou o celular, não verificar novamente durante a sessão do cinema ou a palestra (ele não liga sozinho).
- Se lembrar que pôs as chaves da casa ou os documentos na bolsa, não verificar.
- Evitar conferir documentos (recibos, talões de cheque, envelopes) mais de uma vez.
- Não verificar, todas as vezes que sai, se os documentos estão na carteira; não verificar a todo momento se há mensagens no celular, no e-mail, se o celular está desligado (no cinema, durante uma aula ou palestra).
- Como o fogão foi desligado após o uso (a prova está no fato de que o fogo apagou), não verificar novamente se ele realmente está desligado e não ficar olhando a todo momento se os botões estão na posição correta; isso também vale para a geladeira, para as torneiras, para a TV, etc.
- Não acender e apagar novamente aparelho eletrodoméstico ou lâmpada para ter certeza de que ficou desligado.
- Não tirar os cabos dos eletrodomésticos da tomada toda vez que sair de casa; somente quando for viajar por período longo ou por ocasião de tempestades fortes.
- Não passar a mão por baixo das torneiras depois de fechá-las para ver se ainda há água correndo.
- Depois de fechar o carro e de perceber que os pinos baixaram, evitar testar as portas para verificar se elas, de fato, estão fechadas; evitar passar as mãos nos vidros para verificar se estão fechados.
- Não testar o alarme do carro ou da casa depois de acioná-lo, se a luz indicar que está ativado, pois, assim, há mais chances de deixá-lo desligado.
- Evitar verificações visuais (p. ex., dar uma olhada adicional depois de fechar alguma porta) ou manuais (passar a mão ou os dedos em portas de geladeira ou gavetas, para verificar se estão fechadas).
- Revise apenas uma vez seus documentos antes de sair para viagem.
- Gire a chave na fechadura e não force a porta para verificar se ficou bem-fechada.



Lembrete

Se lembrar que verificou, em hipótese alguma verifique de novo.

Como planejar a prevenção de verificações e estabelecer metas para a terapia

A terapia cognitivo-comportamental é focada nos sintomas, e sua meta é eliminá-los completamente por meio de técnicas de EPR e cognitivas. Reveja a lista de sintomas que você deve ter elaborado ao ler o Capítulo 7 e o Formulário 2 do Caderno de exercícios (p. 252). Identifique na lista de sintomas do item B as obsessões de dúvidas e as compulsões por verificação ou controle. Escolha para início dos exercícios aquelas que você considerou mais fáceis e combine com seu terapeuta os exercícios de casa (4 a 6). Sucessivamente, em cada sessão, combine novas tarefas, avançando na lista para os mais difíceis, até vencer toda ela. A abstenção de realizar uma verificação (prevenção de ritual) implica, necessariamente, se expor a dúvidas, desde que não seja utilizado nenhum artifício para neutralizá-la (fazer uma verificação dissimulada, como olhar, passar a mão, fazer perguntas para outras pessoas).

Exposição e prevenção de rituais para dúvidas obsessivas

As repetições, busca por reasseguramentos e protelações estão relacionadas à necessidade de ter certeza, o que, na maioria das vezes, é impossível, toma tempo e provoca atrasos, queda no rendimento, além de conflitos, tanto em casa como no trabalho. É preciso, portanto, aprender a conviver com as incertezas. Vejas as regras a seguir.

Regras para realizar a exposição e a prevenção de rituais para pacientes com dúvidas, necessidade de ter certeza e de fazer verificações

- Evitar repetir perguntas para ter certeza absoluta ou para eliminar qualquer dúvida.
- Evitar protelações para encerrar trabalhos ou para tomar decisões que eliminam o risco de cometer erros.
- Marcar prazos para terminar tarefas.
- Marcar o tempo que deve dedicar a determinada tarefa, tentando diminuí-lo (p. ex., o número de horas em que estudará para uma prova ou o tempo necessário para tomar um banho).
- Tomar decisões sem ter certeza e correr o risco de entregar trabalhos com falhas, sujeitando-se a ouvir críticas.

A tática de falar em voz alta

Como vimos, o portador de TOC não tem certeza de ter feito algo de forma correta, não porque tenha falhas de memória, mas, provavelmente, pelo fato de não prestar atenção e de não se concentrar em seus atos no momento em que os realiza. Isso se deve, eventualmente, ao aumento de ansiedade que ocorre nessas situações, em função das possibilidades de ocorrerem falhas. Como não tem certeza e não tem uma lembrança clara de ter feito as coisas corretamente, passa a ter dúvidas, que o levam a verificar novamente.

Técnicas que melhoram a concentração parecem diminuir a necessidade de realizar rituais. O exercício de focar a atenção no que está fazendo, melhorando, portanto, a concentração, auxilia a memorizar os atos realizados e a prevenir as verificações. Esse exercício foi ensinado por uma paciente. Ela descobriu que o esforço adicional para memorizar a cena de fechar a porta e relembrá-la sempre que era tentada a fazer uma verificação ajudava a abster-se de verificar se a porta havia sido, de fato, fechada. A tática que melhorava a sua concentração era falar em voz alta, no momento da ação, como se estivesse irradiando para si mesma o que estava realizando: "Fulana, você fechou a porta!". Isso era suficiente para, depois, não voltar a verificar: "se lembro do que falei, é porque, de fato, fechei a porta".

Assim, você deve controlar a sua ansiedade e procurar fazer, com atenção redobrada, tudo o que tende a verificar depois. Como utilizar a tática descoberta pela paciente? Da seguinte forma: procure se concentrar ao realizar atos como verificar portas e janelas ou carteira, chaves e celular na bolsa. Visualize, por alguns segundos, o ato de fechar a porta, a janela, etc. Fale consigo mesmo ou até repita em voz alta durante ou imediatamente após o ato: "fechei a porta". No momento em que for assaltado pela dúvida e vier o impulso de verificar, procure relembrar a cena em que fechou a porta, acionou o alarme do carro, desligou o celular ou a luz, e a frase dita no momento, o que, em geral, é mais fácil do que se lembrar do procedimento realizado. Ao lembrar-se, diga para si mesmo: "se estou lembrando claramente de que falei é porque, na hora, estava atento e fechei bem a porta. Portanto, não tenho por que duvidar". Diante dessa lembrança, evite fazer uma nova verificação.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Na atualidade, graças aos trabalhos de Salkovskis, Rachman e outros, temos uma compreensão bem maior dos motivos que levam os portadores do TOC a realizarem verificações.[66,67;74] Em resumo, segundo esse autores, os verificadores apresentam um senso aumentado da responsabilidade pessoal, além de uma avaliação exagerada da possibilidade de que ocorram desastres, os quais cabe a eles prevenir. Há, ainda, uma confiança diminuída na memória, que fica confusa com as repetições. Também existe uma impossibilidade de, mesmo com as checagens repetidas, ter certeza de que a proba-

bilidade do possível dano tenha, de fato, sido removida. Além disso, o alívio momentâneo obtido com as verificações funciona como um reforço e torna tentador o uso desse recurso sempre que uma dúvida invade a mente.[74] Corrigir tais crenças errôneas reduz a ansiedade relacionada a falhas e facilita a adesão do paciente aos exercícios.

Algumas das técnicas apresentadas no Capítulo 9 podem ser utilizadas para corrigir pensamentos automáticos e crenças distorcidas relacionados à necessidade de ter certeza, ao excesso de responsabilidade ou à tendência a superestimar as probabilidades de risco, comuns em verificadores.

As técnicas são as seguintes:

- Questionamento socrático
- Seta descendente
- Pensamento alternativo
- Reavaliação das probabilidades de risco
- Consulta a especialistas
- Testes comportamentais

Questionamento socrático

Você deve imaginar uma situação concreta sobre seus receios e crenças relativos a cometer erros, que se expressam sob a forma de dúvidas obsessivas, de verificações, de repetições e de postergações. A seguir, faça o questionamento socrático, como você aprendeu no Capítulo 9, pág 100. Se tiver alguma dúvida, releia o referido capítulo. Alguns exemplos são: você está terminando sua monografia de final de curso, já revisou tudo várias vezes, mas não se anima a entregá-la, ou, então, foi convidado para um casamento muito comentado, de uma pessoa de posição social importante, e não consegue decidir qual roupa usar. Ou, ainda, uma situação mais banal: combinou um horário para se encontrar com seu(sua) namorado(a). Embora tenha ligado duas vezes para confirmar, está na dúvida se guardou corretamente o endereço e o horário combinados e pensa em ligar de novo. Ou simplesmente esqueceu o compromisso que havia assumido há uma semana. A situação pode ser qualquer outra semelhante às descritas, com base em situações cotidianas. Uma vez escolhida, faça algumas das seguintes perguntas e anote suas respostas. Leve os registros para analisar com seu terapeuta.

Situação: "Esqueci um compromisso com minha namorada!"

- O que imagino que possa acontecer?
- Que fatos comprovam que acontecerá o que imagino?
- Que fatos contrariam esse meu pensamento?
- Quais as conseqüências de cometer essa falha?
- Eu condenaria uma pessoa se ela tivesse cometido essa mesma falha?

Para outras situações:

- As pessoas vão me condenar se eu cometer algum erro (se a roupa não for a mais apropriada, se a monografia contiver alguns erros, se eu esquecer o horário que havia combinado)?
- É possível chegar a uma decisão 100% certa?

Seta descendente e pensamento alternativo

Um exercício que permite a correção de pensamentos catastróficos e de crenças distorcidas relacionadas a cometer falhas é o da seta descendente, descrito de forma mais detalhada no Capítulo 9. Ele é iniciado pela constatação da falha e pela explicitação das conseqüências imaginadas, usualmente catastróficas. A pergunta-chave é: "e daí?" ou "e então?". As respostas explicitam os pensamentos

automáticos e as crenças subjacentes. Como exemplo, vamos retomar a situação do esquecimento do compromisso com a namorada e fazer o exercício da seta descendente.

Situação: "Esqueci o compromisso com minha namorada e ela ficou muito irritada comigo".

- Identificar a falha: "Esqueci o compromisso que havia assumido na semana passada com a minha namorada".
- "E daí?" ou "e então" ou "qual foi a conseqüência imediata?" Resposta: "ela ficou muito irritada".
- "E daí?" ou "se isso aconteceu, o que imagino que possa ocorrer a seguir?" Resposta: "ela pode pensar que sou irresponsável ou que não a considero importante para mim e que não gosto o suficiente dela para me preocupar com ela" (*pensamentos automáticos* e *crenças negativas*).
- "E daí?" ou "o que imagino que possa ocorrer a seguir?" Resposta: "ela pode querer terminar o namoro porque considerou a minha falha como prova de que não gosto mais dela" (*pensamento automático catastrófico*). *Pensamento alternativo*: "posso pedir desculpas e provar que gosto dela, ela pode melhorar o humor, e tudo voltará ao normal".
- "E daí?" ou "se ela, de fato, terminar o namoro, o que significa isso para mim?" Resposta: "que sou o responsável pelo término, sou incompetente para manter um namoro, pois sempre acabo cometendo alguma falha que põe tudo a perder!" ou "sou incompetente" (*pensamento automático* e *crença de conteúdo negativo*, com distorção cognitiva do tipo "tudo ou nada": "sempre acabo cometendo falhas" – como se nunca fizesse algo correto que não terminasse em falha).
- E a última pergunta: "o que de pior pode acontecer?" e "o que, de fato, ocorrerá comigo?" Resposta: "se ela terminar o namoro, vou ficar muito deprimido e confirmar a minha crença de que não consigo uma garota que goste de mim, não melhorarei mais da depressão e terei que me internar para tratamento" (*pensamento automático catastrófico*). *Pensamentos alternativos*: "vou conversar com ela, ela vai me compreender e voltar a acreditar em mim" ou "vou conversar com ela. Ela não vai aceitar minhas explicações e vai insistir em terminar. Ficarei muito triste por algum tempo, mas vou superar e tentar me envolver novamente com outra pessoa, como já fiz no passado e deu certo". Ou seja: "poderei sobreviver!" Poderia ainda perguntar: "quais são as evidências de que ocorra a primeira alternativa (o desfecho favorável) e quais são as probabilidades de que ocorra a segunda (o desfecho catastrófico)?"

A partir do terceiro item, são explicitadas crenças a respeito de cometer falhas, que, eventualmente, poderiam ser questionadas na terapia com as outras técnicas cognitivas que já aprendemos. Observe, também, a possibilidade de corrigir as crenças distorcidas catastróficas com pensamento alternativo, como no exemplo, questionando as probabilidades. Se forem elevadas as chances positivas, por que não assumi-las no lugar dos pensamentos catastróficos negativos que, em geral, são assumidos como verdadeiros?

Corrigindo o excesso de responsabilidade

Algumas das técnicas apresentadas para corrigir o excesso de risco podem servir, também, para corrigir o excesso de responsabilidade, entre elas o questionamento socrático e a seta descendente, vistos há pouco, a reavaliação da estimativa de probabilidades, os testes comportamentais e os lembretes. Além desses, podem ser utilizados outros exercícios, também descritos no Capítulo 9. Para utilizar essas técnicas, você deve, inicialmente, identificar (e registrar) seus pensamentos automáticos relativos a dúvidas, à necessidade de fazer verificações e de não falhar (veja o Formulário 8 do Caderno de exercícios, p. 253). Para isso, você deve localizar uma situação na qual seja compelido a executar rituais de verificação. Identifique os pensamentos automáticos que invadem a sua mente na ocasião (a pergunta-chave é: "o que me passou pela cabeça?") e as conseqüências (rituais, evitação, medo). O questionamento socrático e/ou as demais técnicas cognitivas são aplicados justamente sobre esses pensamentos. Você escolhe alguns rituais na coluna "o que eu fiz" e responde às perguntas do questionamento socrático a seguir.

Questionamento socrático

- Existem evidências de que meus rituais, de fato, impedem o acontecimento das coisas que temo (a casa incendiar, inundar ou o gás escapar)?
- Existem evidências contrárias?
- O que as pessoas pensam sobre isso?
- Se algum dia acontecesse uma das coisas que temo, qual seria, em porcentagem (de 0 a 100%), a minha responsabilidade?
- Posso provar que a culpa foi inteiramente minha, ou existem outros fatores que podem ter contribuído?
- Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente?
- As pessoas iriam me responsabilizar?
- O fato de eu ter pensado em algo ruim é suficiente para provocá-lo (ter pensado em um acidente e depois ter acontecido)?
- Meus rituais, de fato, reduzem a probabilidade de que coisas ruins aconteçam ou apenas diminuem a minha aflição? O que é mais provável?

O exercício seguinte ajuda a avaliar, de forma mais objetiva, a porcentagem de responsabilidade na ocorrência de eventos desastrosos.

EXERCÍCIOS PRÁTICOS PARA CRENÇAS RELACIONADAS A EXAGERAR O RISCO E A RESPONSABILIDADE

Imagine uma das situações que você mais teme (incendiar a casa, deixar escapar o gás, deixar a janela aberta e um ladrão entrar em sua casa, um familiar querido adoecer, roubarem seu carro no estacionamento, etc.), a partir das quais faz verificações, busca reasseguramentos, confere várias vezes, etc. Em seguida, faça as perguntas do questionamento socrático mencionadas anteriormente. Depois do questionamento, verifique se reduziu a crença de ser o grande responsável pelo que poderia acontecer se não fizesse o ritual. Repita o mesmo exercício sempre que se surpreender fazendo verificações e repetições ou sempre que tiver sua mente invadida por obsessão de conteúdo mágico (agir a distância no tempo ou no espaço).

Corrigindo a tendência a superestimar probabilidades

Uma distorção muito comum, ligada ao excesso de responsabilidade, consiste em superestimar as probabilidades de que um desastre aconteça. Essa avaliação distorcida e exagerada aumenta a necessidade de executar rituais, particularmente repetições e verificações. Uma forma de corrigi-la, no cálculo de probabilidades, é realizar o exercício proposto por Van Oppen e Arntz, descrito no Capítulo 9.[119]

Faça o exercício anterior proposto por Van Oppen e Arntz, que recalcula, por exemplo, as probabilidades de a casa incendiar, caso um cigarro acesso fosse esquecido no cinzeiro, aplicando o mesmo raciocínio no seguinte exemplo: "Acho que, se esquecer o ferro ligado, a casa tem 100% de chances de incendiar". Descreva as etapas necessárias para que um ferro elétrico esquecido ligado incendeie a casa e as probabilidades de que cada uma delas ocorra. Uma vez calculadas as chances de cada etapa, calcule as chances acumuladas e verifique se elas se equivalem às que você calculou inicialmente.

Um exemplo clínico: o verificador de documentos na carteira

Um paciente verificava várias vezes ao dia, especialmente ao sair de casa, se todos os documentos estavam na carteira, pois temia ser preso caso fosse interpelado na rua por um policial e estivesse sem eles (*pensamento automático catastrófico*). Esse receio era motivo de aflição permanente e de constantes, repetidas e desnecessárias verificações da carteira. Sua *crença intermediária* (suposição) era: "Se eu estiver sem meus documentos, posso ser preso". Crenças nucleares distorcidas: superestimava as conseqüências de estar sem documentos e superestimava a probabilidade do risco de ser preso (evento catastrófico). Foram utilizadas três técnicas cognitivas para corrigir os pensamentos e as crenças disfuncionais, além da exposição e prevenção de rituais: questionamento socrático, reavaliação de probabilidades de ser preso e consulta a um especialista.

- **Questionamento socrático:** tenho alguma evidência a favor do meu pensamento de que posso ser preso se estiver sem os documentos? E quais são as contrárias?
- **Reavaliação das probabilidades de ser preso:** quantas vezes fui abordado por policiais este ano? Em alguma ocasião, passei por algum constrangimento (ou fui preso)? Conheço alguém que foi preso por estar sem documentos? Quantas vezes esqueci meus documentos? Quantas verificações realizei no mesmo período? Vale a pena perder tanto tempo ou sofrer tanta aflição?
- **Consulta a um especialista:** o que um advogado diria sobre essa possibilidade? O paciente procurou um advogado, que lhe informou que não poderia ser preso por estar sem documentos. Na pior das hipóteses, se abordado em batida policial durante a busca por criminosos, poderia ser levado à delegacia para averiguações. Mas jamais ser preso. Fez, ainda, as seguintes perguntas:
  - Que documentos podem ser legalmente exigidos ou em que circunstâncias são necessários? Resposta do advogado: carteira de motorista para dirigir; cartão do banco para movimentar a conta; carteira de identidade para fazer compras e assinar cheques, etc.
  - Quais as conseqüências de não estar com esses documentos? Resposta: não poder dirigir o carro ou não poder efetuar a compra.

A partir do questionamento socrático e da conversa com o especialista, o paciente encorajou-se a realizar a exposição (sair sem verificar se os documentos estavam na carteira ou até sem documentos, quando estes não eram necessários) e passou a abster-se de fazer as verificações todos os dias, várias vezes, antes de sair de casa, passando a verificar apenas antes de viagens, de efetuar compras, de ir ao banco ou nas situações em que os documentos poderiam ser solicitados. Conseguiu vencer por completo suas compulsões.

Testes ou experimentos comportamentais

Uma forma de modificar crenças, como já mencionado, é desafiá-las em situações práticas, fazendo os testes comportamentais, que não deixam de ser uma maneira mais intensiva de exposição. A crença é considerada uma hipótese: é rejeitada ou confirmada, dependendo dos resultados dos experimentos. Após a realização de alguns dos exercícios apresentados a seguir, você deve avaliar se as conseqüências coincidiram e foram tão catastróficas quanto imaginava.

Testes ou experimentos comportamentais: exemplos

- Tente efetuar um depósito no banco, digitando o número de sua conta de forma errada para ver o que acontece.
- Deposite uma pequena quantia de dinheiro em uma conta errada e tente ver se é possível reaver o dinheiro (para constatar que, mesmo quando se erra, sempre há solução).
- Tome uma decisão, como, por exemplo, comprar uma roupa ou um eletrodoméstico, sem ter certeza de que está pagando o melhor preço. Depois, descubra se poderia ter feito um negócio melhor e observe como você se sente.
- Revise o texto de uma carta que está escrevendo somente uma vez.
- Entregue seu trabalho escolar depois de uma boa – mas apenas uma – revisão. Veja se a opinião do professor coincide com a sua.
- Não releia a página ou o parágrafo do livro várias vezes e veja se faz diferença.
- Não passe a limpo bilhetes, cartas e listas de supermercado.
- Deixe de anotar diariamente tudo o que deve fazer, sobretudo quando são atividades rotineiras e repetitivas.

RESUMO E DESTAQUES

- Obsessões de dúvida seguidas de verificações são sintomas muito comuns no TOC.
- A necessidade de verificar está relacionada a crenças decorrentes do excesso de responsabilidade, à dificuldade de conviver com incertezas e à necessidade de evitar falhas, além de o paciente exagerar as possibilidades de ocorrerem desastres ou danos a si mesmo ou a outras pessoas.
- Como forma de aliviar-se da aflição decorrente das dúvidas, o paciente se sente compelido a realizar verificações, certificar-se, buscar reasseguramentos ou a ficar argumentando mentalmente para si mesmo.
- Como conseqüências comportamentais, temos a indecisão, o adiamento e a demora para tomar decisões.
- Acredita-se que dificuldades de atenção e de concentração podem favorecer a necessidade de realizar verificações.
- Verificações repetidas podem confundir a memória e contribuir para que ocorram dúvidas e para a necessidade de novas verificações.
- O aumento da aflição no momento de executar uma ação que implica responsabilidade pode ser a responsável pela dificuldade de concentração, pela incerteza e pela necessidade de realizar verificações.
- A terapia de exposição e prevenção de rituais associada a técnicas cognitivas é efetiva para reduzir as dúvidas ou para se aprender a conviver com elas e para diminuir a necessidade de fazer verificações.
- A exposição às dúvidas, o questionamento socrático, o recálculo de probabilidades de ocorrer desastres, a seta descendente, o pensamento alternativo, os testes comportamentais, juntamente com a abstenção de executar verificações são as principais estratégias utilizadas para tratar dúvidas obsessivas e rituais de verificação.

Capítulo 12

PENSAMENTOS IMPRÓPRIOS, SUPERSTIÇÕES, VALORIZAÇÃO EXCESSIVA DO PODER DO PENSAMENTO E NECESSIDADE DE CONTROLÁ-LO, PENSAMENTO MÁGICO E FUSÃO DO PENSAMENTO E DA AÇÃO

Alguns portadores do TOC, com muita freqüência, são atormentados por pensamentos involuntários impróprios, de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo. Interpretam de forma catastrófica a presença de tais pensamentos em sua mente, pensando que podem vir a cometê-los ou que são moralmente responsáveis por eles e que poderão vir a ser castigados por não conseguirem afastá-los. Também com freqüência acreditam que seus pensamentos ou seus comportamentos (rituais) têm o poder de provocar ou de impedir desgraças futuras, desconsiderando as demais razões pelas quais elas podem ocorrer. Neste capítulo, vamos conhecer algumas dicas que permitem distinguir pensamentos impróprios "normais" das verdadeiras obsessões, bem como algumas das explicações atuais (teorias) sobre as origens dos pensamentos impróprios, também chamados de maus pensamentos ou de pensamentos ruins. No próximo capítulo, descreveremos as técnicas cognitivas e comportamentais de que dispomos para tratá-los.

Como vimos no início deste livro, esses pensamentos são invasivos, involuntários (obsessões), de conteúdo impróprio (agressivo, sexual, blasfemo ou mágico) e são sintomas bastante comuns no TOC, estando presentes em aproximadamente 15,7% dos casos.[128] São considerados, pelo portador do TOC, como estranhos à sua pessoa e são geralmente acompanhados por ansiedade intensa, medo e vergonha. Eles são conhecidos popularmente como "maus" pensamentos, pensamentos "ruins" (premonições) ou pensamentos horríveis. A pessoa sente-se responsável pelo fato de tais pensamentos invadirem a sua mente e por não conseguir afastá-los, particularmente os que são de natureza sexual ou agressiva, e acredita que pode vir a praticá-los. No caso dos pensamentos "ruins" (premonições) envolvendo desastres, morte e doenças, a pessoa acredita que o fato de eles passarem pela sua mente, de se lembrar deles, mesmo que involuntariamente, ou de sonhar com eles, pode fazer com que tais desastres venham a acontecer, sendo, portanto, sua a responsabilidade, o que gera culpa, aflição e depressão.

A pessoa interpreta de forma negativa a simples presença de tais pensamentos na sua mente ("ter esses pensamentos significa que um dia posso me tornar um molestador de crianças" ou "pensar no demônio significa que gosto do demônio, não amo a Deus e posso ser condenado ao inferno" ou, ainda, "pensar isso significa que um dia eu posso empurrar meu filho da sacada"). Na verdade, maus pensamentos ocorrem com todas as pessoas e constituem um fenômeno universal. Fica a pergunta: por que em alguns indivíduos os maus pensamentos se transformam em obsessões, ao passo que outros não lhes dão importância? Essa é a questão que pretendemos discutir ao longo deste capítulo, oferecendo algumas explicações e hipóteses. Conheceremos os maus pensamentos que mais freqüentemente atormentam os portadores de TOC e debateremos suas possíveis causas, com ênfase especial às distorções cognitivas subjacentes. Veremos a teoria cognitiva das obsessões, que oferece, talvez, a melhor explicação que temos para o fenômeno dos pensamentos impróprios, até o momento presente, no campo da psicologia. Já o tratamento dos pensamentos impróprios será abordado no próximo capítulo.

PENSAMENTOS IMPRÓPRIOS: UM FENÔMENO NORMAL

A primeira observação interessante é a de que muitos dos pensamentos invasivos impróprios observados no TOC e transformados em obsessões estão presentes na população em geral, embora não se transformem em obsessões. Uma pesquisa mostrou que aproximadamente 90% das pessoas têm, em algum momento, pensamentos impróprios de conteúdo violento, obsceno ou sexual muito semelhantes aos que afligem os portadores de TOC. Essa pesquisa, realizada por Stanley Rachman e colaboradores,[69] verificou que era muito comum estudantes não-portadores de TOC terem pensamentos impróprios. A seguir, são descritos alguns desses pensamentos que os estudantes relataram.

Impulsos impróprios, de natureza sexual

- Praticar sexo violento
- Introduzir objetos no ânus ou na vagina
- Praticar atos sexuais não-naturais (p. ex., sexo com animais)
- Praticar sexo que cause dor no(a) parceiro(a)

Impulsos de natureza violenta

- Agredir pessoas idosas
- Desejar ou imaginar alguém próximo ferido
- Ferir ou atacar de forma violenta um cachorro
- Ferir ou atacar alguém de forma violenta
- Pensar ou desejar que alguém desapareça da face da terra
- Ferir ou ser violento com crianças, especialmente com bebês
- Pensar com raiva intensa em alguém relacionado a uma experiência do passado
- Gritar com alguém ou agredir uma pessoa
- Atacar e punir alguém de forma violenta (p. ex., atirar uma criança para fora do ônibus)
- Empurrar pessoas para fora ou para longe, na multidão

Impulsos ou pensamentos de dizer coisas impróprias em público

- Dizer alguma coisa desagradável ou indecente
- Dizer grosserias ou coisas impróprias em público (coisas erradas no lugar errado)
- Dizer blasfêmias durante o sermão de domingo, na missa

QUANDO OS MAUS PENSAMENTOS DEVEM SER CONSIDERADOS OBSESSÕES

Para a maioria das pessoas, esses pensamentos involuntários e passageiros não têm significado. São apenas "bobagens, besteiras que passam pela cabeça". Mas, para outros, não é bem assim. Seus maus pensamentos envolvem violência, sexo, blasfêmias e podem bombardeá-los praticamente todo o tempo em que estão acordados. Esses pensamentos, quando graves, involuntários, repetitivos ou quando causam interferência no cotidiano devem ser considerados obsessões. Podem custar, para muitos dos indivíduos que sofrem desse tormento, o que eles têm de mais precioso, pois alguns não podem ficar próximos de seus filhos ou brincar com eles; outros não podem levar adiante relacionamentos mais íntimos; outros ficam tão paralisados pelos seus maus pensamentos que não conseguem nem mesmo sair de casa, chegando inclusive a pensar em suicídio. "se eu sentir que vou cometer o que me passa pela cabeça, eu me suicido antes, com certeza. Isso me garante que jamais vou cometer o que penso (estrangular o filho)", comentava um paciente. Alguns pacientes se obrigam a intermináveis rituais de purificação, como rezar inúmeras vezes, tomar banho sempre que a mente é invadida por um pensamento blasfemo ou obsceno ou confessar-se para um padre.

Exemplos clínicos

Uma paciente tomava mais de 40 banhos por dia porque sua mente era invadida quase permanentemente por pensamentos blasfemos. O pai de uma bebê evitava tocar em sua filha de qualquer forma, ou segurá-la no colo, pois lhe passava pela cabeça abusar dela sexualmente, idéia que o deixava horrorizado.

Os pensamentos impróprios estão relacionados a vários temas ou conteúdos. Entre os mais freqüentes, estão os de conteúdo violento, sexual e blasfemo. São também comuns os de conteúdo supersticioso ou mágico e os pensamentos "ruins" ou maus pressentimentos. Vamos descrever melhor, ilustrando com exemplos, cada um desses grupos.

Pensamentos impróprios de conteúdo violento



No TOC, são bastante comuns pensamentos impróprios contendo cenas de conteúdo agressivo, como cometer atos violentos, impróprios, acompanhados de grande aflição e medo, pois a pessoa acredita que ter aqueles pensamentos significa que algum dia poderá vir a praticá-los. Ela imagina que a presença de tais pensamentos pode ser o indício da existência de um lado obscuro, perverso ou homicida da sua personalidade, o qual, um dia, poderia se manifestar. A crença nessa possibilidade gera a necessidade de adotar medidas para impedir que tais previsões catastróficas ocorram, como evitar o contato com as pessoas para as quais são dirigidos tais impulsos ou imagens (esposo, namorada, pais, filhos); esconder facas, objetos pontudos, etc.

Assim, há pacientes que evitam segurar o filho no colo perto de janelas ou subir escadarias com outras pessoas; ou, então, escondem todas as facas da casa, jamais as utilizando, ou simplesmente evitam olhá-las, aproximar-se delas ou manuseá-las na frente dos familiares.

As obsessões de conteúdo agressivo podem ser cenas violentas que passam pela cabeça, como, por exemplo, de uma pessoa sendo atropelada e estraçalhada por um ônibus, com pedaços de membros saltando para longe, ou da cabeça de um familiar sendo decepada pela hélice de um ventilador. É bom lembrar que indivíduos que passaram por situações traumáticas, com risco de vida, ou assistiram a situações em que outras pessoas ficaram feridas ou morreram, como, por exemplo, depois de um acidente violento de carro, de um assalto ou de um seqüestro, podem, por longo tempo, ter sua mente invadida por tais cenas chocantes. É possível que este indivíduos estejam apresentando o quadro denominado transtorno de estresse pós-traumático cujos sintomas iniciam-se depois de um evento traumático, e que é uma condição psicológica distinta do TOC.

Exemplos de pensamentos impróprios, de conteúdo agressivo

- Atirar o bebê pela janela do edifício.
- Empurrar o carrinho do bebê na escada rolante do *shopping*.
- Dar um tapa ou soco em algum pedestre que passa ao lado, na calçada.
- Cravar uma faca no peito do(a) esposo(a), pai/mãe, namorado(a), etc., quando ela chega em casa do trabalho.
- Esgoelar o filho com as mãos.
- Segurar o filho pelos pés e bater sua cabeça com violência contra a parede.

Pensamentos impróprios relacionados a sexo

Um segundo grupo de fenômenos intrusivos também muito comum é o de pensamentos, cenas ou impulsos impróprios relacionados a sexo, que, involuntariamente, vêm à mente, como olhar os genitais de terceiros; abaixar as calças ou arrancar a roupa de outras pessoas; introduzir objetos no ânus ou na vagina; molestar sexualmente crianças; ter relação incestuosa com irmão, irmã, pais ou tios; violentar sexualmente uma pessoa conhecida ou desconhecida; tocar nos genitais do bebê ao trocar as fraldas; praticar sexo violento ou perverso (p. ex., com animais). Tais pensamentos ocorrem em 5,5% dos portadores de TOC,[128] e é importante salientar que são involuntários (a pessoa não consegue afastá-los) e acompanhados de grande medo e aflição, ao contrário do que ocorre nas parafilias (perversões sexuais), em que o indivíduo sente prazer e excitação sexual com tais cenas.

Pacientes que apresentam o pensamento de abusar de crianças começam a afastar-se delas e entram em grande ansiedade ao passar próximo a elas, temendo praticar o que lhes passa pela cabeça. Da mesma forma, os pacientes que são atormentados por obsessões de conteúdo violento evitam passar por perto das pessoas na rua, fazem de tudo para afastar tais pensamentos ou praticam rituais como lavar-se repetidamente, confessar-se ou rezar, para que não venham a cometer o que pensam. Os portadores de TOC, em geral, são pessoas muito sensíveis em relação a questões que envolvem moral (moral sexual, em particular), violência contra terceiros ou atos que considerem antinaturais. É muito comum serem escrupulosos, e provavelmente seriam as últimas pessoas a praticar tais impulsos.

Dúvidas relacionadas à homossexualidade

Um tipo de obsessão de conteúdo sexual acompanhada de grande aflição são pensamentos intrusivos que envolvem a dúvida sobre ser ou não homossexual. Tais obsessões são egodistônicas (estranhas e contrárias aos desejos e inclinações do indivíduo). Entretanto, são interpretadas como indicativos da possibilidade de ser homossexual, mesmo que todas as evidências indiquem o contrário. O paciente é assaltado por dúvidas não só em relação ao presente, mas também em relação a que essa possibilidade ocorra no futuro, que são acompanhadas de muito sofrimento, levando-o a fazer verificações ou testes para esclarecê-las e ter certeza de que seus temores nunca irão se concretizar, o que, na prática, é impossível e tem como efeito a perpetuação das dúvidas e das verificações. Além disso, o efeito da verificação é de curta duração, o que o obriga a vigiar seus pensamentos, impulsos ou reações diante de estímulos que os provocam, como, por exemplo, ver fotos ou filmes nos quais aparecem pessoas do mesmo sexo, algumas vezes nuas. Tais pacientes eventualmente se perturbam até mesmo pelo simples fato de ver na rua uma pessoa do mesmo sexo com um corpo bonito.

Como distinguir obsessões (sintomas do TOC) cujo conteúdo são dúvidas relativas à preferência ou inclinação sexual, da verdadeira homossexualidade?

No TOC, a possibilidade de ser um homossexual é absolutamente estranha ao indivíduo, contrária às suas inclinações sexuais, que sempre foram claramente dirigidas para indivíduos do sexo oposto. Tais dúvidas são acompanhadas de profunda aflição ou inquietude e, eventualmente, até de depressão e idéias suicidas, sem nenhum prazer ou desejo em olhar imagens ou fantasiar encontros e sem ter qualquer atração por pessoas do outro sexo (é ego distônica). Além disso, os portadores de TOC negam fantasias ou desejos de conteúdo homossexual e, mais ainda, ter tido envolvimentos afetivos ou sexuais com indivíduos do mesmo sexo. Ou seja, apresentam história pessoal incompatível com a hipótese da homossexualidade. Pelo contrário, evitam lugares freqüentados por homossexuais e não sentem qualquer excitação diante de cenas homossexuais em revistas ou no cinema, as quais lhes causam nojo e mal-estar. Em homossexuais, tais cenas ou imagens provocariam excitação, fantasias, desejo e prazer, e não angústia e pânico, como ocorre no TOC.

É importante lembrar que pensamentos automáticos passageiros de natureza homossexual são comuns em praticamente todos os indivíduos e, nem por isso, eles são seguidos por qualquer comportamento que tenha por objetivo satisfazer tais pensamentos. Pessoas que não são portadoras de TOC não dão importância a tais pensamentos, considerando-os absurdos e sem significado, o que faz com que desapareçam de forma rápida e espontânea.



Lembrete

É importante separar fantasias ou desejos sexuais normais de obsessões de conteúdo sexual impróprio:

- as fantasias e os pensamentos de conteúdo sexual normais são excitantes, produzem desejo e, sobretudo, são agradáveis e prazerosos;
- as obsessões de conteúdo sexual impróprio são acompanhadas de aflição, angústia ou desconforto, são desagradáveis, consideradas claramente impróprias, antinaturais e contrárias aos próprios desejos e princípios dos seus portadores.

Pensamentos de conteúdo blasfemo

Dizer blasfêmias é um hábito cultural de alguns povos, particularmente dos italianos, que são conhecidos por descarregarem suas emoções, como raiva ou frustração, dizendo palavras ofensivas dirigidas a Deus, à Virgem Maria ou aos santos. Mas não é disso que estamos falando. No TOC, são comuns pensamentos ou cenas de conteúdo sexual, como imaginar-se praticando sexo com Jesus Cristo na cruz, com a Virgem Maria ou com algum(a) santo(a), fazer um gesto obsceno para Deus, etc. Um paciente acreditava estar condenado ao fogo do inferno porque sua mente era freqüentemente invadida pelo pensamento de fazer sexo com a pomba do Espírito Santo. Pensamentos semelhantes podem ocorrer em relação a outros símbolos religiosos, como o crucifixo e o terço. Podem, ainda, manifestar-se sob a forma do impulso de dizer obscenidades durante o sermão de domingo, na missa, ou de pensamentos relacionados ao demônio ou a entidades de outras religiões.

O portador do TOC fica chocado com tais pensamentos ou cenas e tenta afastá-los da mente, sem sucesso. E o pior é que, quanto mais luta contra eles ou tenta afastá-los, mais aumenta a sua freqüência e a sua intensidade. Como ocorre com outras obsessões, a aflição e o medo levam o paciente a executar rituais, como tomar banho, trocar de roupa, rezar uma oração determinado número de vezes, repetir certa palavra cujo conteúdo seja contrário ao do pensamento invasivo, confessar-se ou punir-se por meio de castigos corporais (jejuns, cilícios) para se sentir aliviado ou perdoado.

Escrupulosidade

Recentemente, a escrupulosidade tem sido incluída entre os sintomas do TOC. Refere-se à preocupação excessiva envolvendo temas religiosos, particularmente dúvidas e medos demasiados de estar transgredindo algum preceito religioso, regra ou código. As pessoas que têm esse sentimento tendem a ver pecado onde não existe e são atormentadas por essas dúvidas. Uma conseqüência das dúvidas é ficarem por longo tempo argumentando para si mesmas (ruminação obsessiva) se um determinado pensamento, ato ou palavra dita foi um erro, uma falha moral ou um pecado. Acredita-se que importantes figuras religiosas, como John Bunyan, Martinho Lutero, Santo Inácio de Loyola – o fundador da Companhia de Jesus (Jesuítas) – fossem atormentadas por pensamentos, imagens ou impulsos inaceitáveis que, na atualidade, seriam interpretados como sintomas do TOC. Além de orações, era comum o uso do açoite, do flagelo, dos cilícios e de outras formas de mortificação, como jejuns, peregrinações e penitências. Tais práticas constituíam verdadeiros rituais destinados a obter o perdão pelos pecados e a afastar as tentações do demônio, entre as quais certamente se incluiriam os "maus" pensamentos, comuns no TOC. Um estudo recente trouxe, de certa forma, evidências a favor da hipótese de que a religiosidade excessiva poderia estar associada a sintomas OC. Esse estudo verificou que, entre protestantes altamente religiosos, sintomas de TOC, como obsessões e crenças sobre a importância dos pensamentos, necessidade de controlá-los, necessidade de ter certeza e rituais de lavagens, eram mais comuns do que entre ateus ou agnósticos.[136]

Algumas formas pelas quais se manifesta a escrupulosidade[137]

- Confessar-se repetidamente para pedir perdão por pecados ou por transgressões que já foram perdoados.

- Condenar fantasias sexuais, mesmo em relação à própria esposa (marido) ou namorada(o), e preocupar-se excessivamente em não transgredir o mandamento: "Não desejarás a mulher do próximo".
- Repetir o Pai-nosso, a Ave-maria ou outras rezas, pronunciando de forma absolutamente correta todas as palavras e sem qualquer distração, repetindo até conseguir fazê-lo de forma perfeita.
- Evitar, meticulosamente, engolir saliva, para seguir de forma rigorosa os preceitos da celebração judaica do *Yom Kippur*, de não tomar qualquer gota de água antes da Eucaristia.
- Entre os povos de religião islâmica, a escrupulosidade também pode ser excessiva, envolvendo dúvidas sobre se os preceitos do Corão foram seguidos ou não à risca na prática de certos rituais: forma de rezar, sacrifício de animais para consumo, etc.

Como distinguir a escrupulosidade do TOC de fortes convicções religiosas?

David Greenberg, citado por Hyman,[137] estabeleceu os seguintes critérios para distinguir os sintomas do TOC de fortes convicções religiosas:

1. Práticas que excedem os preceitos da própria religião (ser mais católico que o próprio Papa), como, por exemplo, se a religião manda não ingerir alimentos antes da comunhão, a pessoa escrupulosa acha que pode ser pecado engolir a própria saliva.
2. Práticas que tenham como foco fazer uma oração de forma "correta" ou "perfeita", com menor ênfase no significado religioso de contato com Deus.
3. A preocupação excessiva pode interferir na própria prática religiosa, como a pessoa que, com medo de seus pensamentos blasfemos, evita ir à igreja.
4. A pessoa escrupulosa gasta tempo demasiado com detalhes triviais da prática religiosa, deixando de lado questões mais relevantes, como a prática do amor ao próximo, a ajuda aos necessitados, etc.
5. A preocupação em fazer certos rituais de forma exata ou em número de vezes exato, em rezar ou confessar-se de forma repetitiva e desnecessária lembra muito rituais do TOC e, na verdade, pode ser um deles.



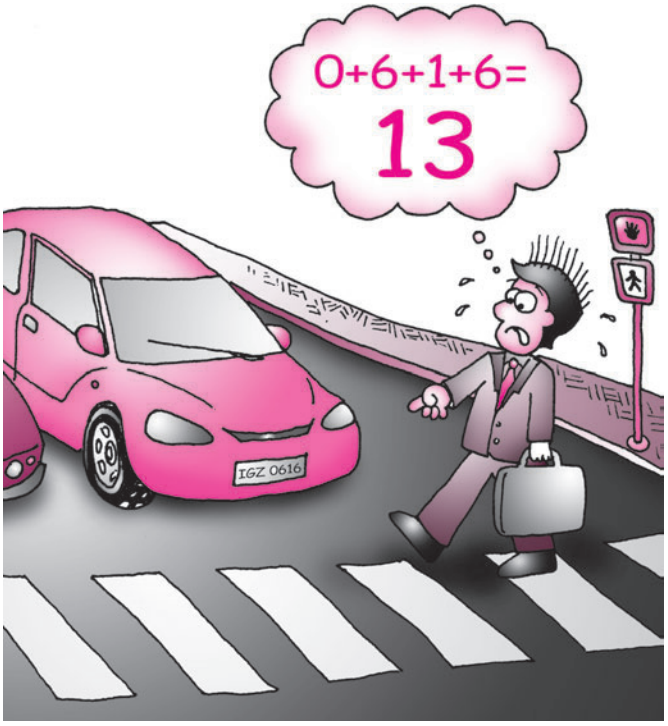
Pensamentos supersticiosos e rituais mágicos

A maioria das pessoas tem uma ou outra superstição. Algumas são acompanhadas de rituais, como bater três vezes na madeira, prender uma ferradura atrás da porta, fazer o sinal da cruz ao passar diante da igreja, não olhar para um espelho quebrado ou não passar debaixo de escadas. Muitos acreditam que comer lentilhas ou carne de porco, pular sete ondas do mar ou usar roupa branca por ocasião da passagem de ano atrai sorte; sexta-feira 13 é considerada, por muitos, dia de azar; cruzar com um gato preto é sinal de mau presságio; não se deve levantar com o pé esquerdo; amuletos, relíquias e figas podem proteger ou dar sorte; jamais se deve pisar em despacho, deixar o chinelo ou os sapatos virados, assim como a toalha ou a roupa do avesso. Os exemplos são inúmeros.

Embora acreditem, em parte, nessas superstições, as pessoas, em geral, não se deixam levar pelos medos associados a elas. No TOC, entretanto, é muito comum os pacientes terem medos e crenças supersticiosas muito fortes, a ponto de afetarem suas rotinas. Um paciente não lia obtuários, não entrava em funerárias, não comparecia a velórios nem visitava cemitérios, pois acreditava que ele ou alguém da sua família poderia ser o próximo a morrer, caso praticasse algum desses atos. Outro paciente não iniciava atividade nova em datas que contivessem o número 3 – era o dia em que seu filho falecera. Outra paciente não saía de casa nos dias 3, 13, 23, 30 e 31 e não visitava ninguém cujo apartamento ou casa contivesse esses números. Outro ainda mantinha permanentemente um vaso com incenso aceso dentro de sua casa, acreditando que, se apagasse, algo ruim poderia acontecer.

Também é comum a realização de rituais antes de iniciar uma atividade para dar sorte ou para evitar que algo errado aconteça: dar uma batida na mesa antes de iniciar uma tarefa, apagar e acender as luzes determinado número de vezes, recitar uma frase ou reza, etc. Uma paciente não conseguia sair de casa sem tocar em uma lajota do pátio, pois acreditava que, se não o fizesse, a mãe adoeceria. O que caracteriza esses atos como compulsões é o fato de a pessoa sentir grande aflição ou medo caso não os pratique.

Sexta Feira 13 e o fim dos templários



Por que certos números são escolhidos como números de sorte ou de azar? Nem sempre se tem uma explicação, pois, para cada paciente, pode ser um número diferente: 3, 4, 6, 9, 13. No caso do número 13 até se tem uma explicação histórica. Em uma sexta-feira, 13 de setembro de 1307, Felipe, o Belo, mandou aprisionar em grilhões e matar todos os 15 mil Cavaleiros Templários, uma ordem formada por padres guerreiros, fundada para proteger os peregrinos que desejavam visitar os lugares sagrados da Terra Santa e que teve uma extraordinária importância no tempo das cruzadas. O grão-mestre DeMolay e milhares de outros templários foram presos, atirados em calabouços, torturados de formas cruéis e desumanas durante um longo período e, finalmente, mortos. Foi o dia mais trágico daquele ano e o fim da Ordem dos Templários. Desde então, a sexta-feira 13 passou a ser associada a azar e a possibilidades de ocorrerem desgraças.

Exemplo de obsessão de conteúdo supersticioso

Os medos podem ser bastante intensos e acompanhados de muitas restrições no cotidiano, em função das evitações. Um paciente não podia ver na TV uma pessoa que tivesse sofrido a perda de algum familiar. Rotulava esses indivíduos de "azarados graves". Vê-los significava que alguém da sua família poderia morrer. Não podia passar na rua em que morasse um "azarado grave" nem passar diante de cemitérios e de funerárias, muito menos entrar em algum desses lugares. Os medos eram de tal intensidade que ele praticamente não saía mais de casa. Não ia a muitas partes da cidade por esses motivos, pois era difícil uma rua, praça ou até mesmo um edifício não ter alguma associação com um "azarado". Em razão dessa obsessão, o paciente sempre acabava encontrando alguma associação com a morte.

Exemplos de obsessões, rituais e evitações de conteúdo supersticioso e crenças associadas

- Acreditar que deixar o volume da TV, do aparelho de som ou do rádio do carro em certos números (9, 13, 19) pode dar azar.
- Alinhar os sapatos ao lado da cama, os brincos na mesinha de cabeceira ou as roupas na cadeira ao lado da cama para evitar desastres.
- Dobrar e desdobrar três vezes a roupa para a mãe não adoecer.



- Beijar a foto de uma santa e olhar para a foto da mãe já falecida antes de deitar, para evitar desgraças.
- Evitar cruzar com mendigos, pois pode dar azar ou para não se transformar em um deles.
- Não freqüentar cemitérios, não comparecer a funerais, mesmo de parentes ou de amigos próximos, ou não olhar e, menos ainda, entrar em funerárias. Se fizer isso, a pessoa ou alguém da família pode ser o próximo a morrer.
- Recusar-se a vestir a roupa que usou em um velório ou com a qual visitou um cemitério porque pode trazer contaminação para dentro de casa ou dar azar.
- Apagar e acender a luz seis vezes para prevenir que aconteça algo ruim para si ou para seus entes queridos.
- Ao tomar o banho, lavar cada parte do corpo quatro vezes para evitar que a mãe adoeça.
- Não usar roupas de certas cores: vermelhas (lembram sangue), pretas (lembram morte ou a possibilidade de alguém morrer) ou marrons (dão azar).
- Não usar certas roupas, jóias ou acessórios, pois podem dar azar.

Pensamentos "ruins" ou maus pressentimentos

No TOC, também são comuns pensamentos de conteúdo catastrófico, chamados de pensamentos "ruins" pelo seu conteúdo premonitório ou de mau presságio. Assim, o pensamento involuntário sobre acidentes passa a indicar a possibilidade de que eles aconteçam com alguém da família que, naquele momento, está viajando. São exemplos desse tipo de pensamento: "o fato de pensar indica que o desastre pode acontecer, e devo tomar todas as medidas necessárias para impedi-lo", ou pior: "esse meu pensamento pode provocar o acidente. Acho que tenho esse poder". É a crença de que pensar faz acontecer. Quando, de fato, ocorreu acidente e, por azar, um pensamento desse tipo havia anteriormente passado pela cabeça, a pessoa vai interpretar que o fato de ter pensado provocou o evento, ou seja, o fato ocorreu porque ela pensou. Esses pensamentos catastróficos também podem ocorrer em conseqüência de sonhos – idéia até hoje comum em muitos povos primitivos, que consideram os sonhos prenúncios de acontecimentos futuros (sonhos de mau agouro), assim como o vôo das aves e outros sinais, dependendo de cada cultura.

AS POSSÍVEIS CAUSAS DOS PENSAMENTOS IMPRÓPRIOS

Influências ambientais: educação religiosa rígida e moralista

É possível que uma educação muito rígida em questões relativas à sexualidade e à religião, preconceitos em relação à homossexualidade ou ambientes que supervalorizem as superstições exerçam influência sobre pessoas mais sensíveis em aspectos de moral ou culpa, as quais acabam desenvolvendo sintomas do TOC. Muitas culturas, sociedades e religiões são extremamente rígidas nessas questões. Entre nós, particularmente entre os imigrantes europeus, a religião católica teve forte influência e sempre foi muito severa em aspectos que envolvem a sexualidade e o respeito a Deus e aos santos, com regras muito rígidas. A pureza e a castidade tradicionalmente foram consideradas virtudes; a luxúria, um dos sete pecados capitais. Desejos e fantasias sexuais eram encarados como pecados em pensamento, veniais ou mortais, dependendo do conteúdo, sugerindo que se deveria lutar contra eles e procurar afastá-los, pois eram tentações do demônio. Pensamentos de conteúdo blasfemo, comuns no TOC, poderiam ser considerados pecados mortais, pois eram vistos como ofensas graves aos santos, à Virgem Maria ou a Deus. Não havia a noção de que os pensamentos intrusivos eram involuntários e de que a pessoa não dispunha do livre-arbítrio para aceitá-los ou rejeitá-los. É importante lembrar que os pecados mortais impedem o acesso à comunhão e são passíveis de conde-

nação eterna, caso não haja a confissão e o perdão, regras que, de certa forma, apóiam o medo associado aos maus pensamentos, às obsessões de conteúdo religioso ou blasfemo e à escrupulosidade.

Felizmente, essas concepções e normas que atormentaram milhões de pessoas ao longo de muitos séculos vêm se abrandando com o passar do tempo. Se você tiver a oportunidade de assistir ao filme *As tentações de Dom Antônio*, de Federico Fellini, poderá ter uma idéia concreta do conflito entre as fantasias sexuais e as tentativas de afastá-las ou de reprimi-las em virtude do peso da cultura e da repressão, com a fina ironia e o humor corrosivo do famoso cineasta italiano.

Influências ambientais: preconceitos culturais

Especificamente em relação à homossexualidade, os preconceitos sempre foram muito grandes. A maioria das religiões condena as práticas homossexuais, e, mesmo no âmbito da psicologia, a homossexualidade tradicionalmente foi vista como desvio do desenvolvimento sexual normal e, portanto, considerada patologia. Apenas recentemente, e, assim mesmo, por pressão dos grupos interessados, ela deixou de ser considerada transtorno psiquiátrico, não constando como tal nos manuais de diagnóstico e na classificação das doenças mentais. Apenas agora a homossexualidade passou a ser encarada com mais naturalidade nos países ocidentais, a ponto de alguns terem aprovado leis que possibilitam o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Em muitos países, entretanto, o comportamento homossexual ainda é considerado crime e, não raro, punido com prisão, restrições à carreira militar, religiosa e outras, e até com pena de morte. Em certos países, a pena de morte é por apedrejamento caso o comportamento homossexual ocorra de forma repetida, em público. De qualquer forma, para muitos portadores de TOC e para a sua família, a possibilidade de ser um homossexual é ainda vista como catástrofe.

POR QUE PENSAMENTOS INVASIVOS NORMAIS SE TRANSFORMAM EM OBSESSÕES – A HIPÓTESE DE RACHMAN

Parece que as pessoas de consciência mais rígida, mais sensíveis a críticas por parte dos outros, são as que estão mais propensas a sofrerem de maus pensamentos de intensidade grave. E, em geral, de acordo com o dr. Lee Baer,[138] os maus pensamentos as atormentam exatamente naquele ponto em que são mais vulneráveis, sugerindo que possam fazer as coisas que consideram as mais improváveis de realizarem.

É possível, ainda, que essa sensibilidade maior tenha relação com aspectos genéticos, semelhantemente ao que ocorre em relação à tendência de evitar situações de risco, que é um aspecto relacionado ao temperamento da pessoa. Mas a origem dos maus pensamentos é uma questão em aberto, tanto em relação à hipótese de influências genéticas como à de ambientais. A hipótese etiológica mais interessante até o presente momento é a proposta por Stanley Rachman,[75] segundo a qual pensamentos normais se transformariam em obsessões devido à interpretação e ao significado catastrófico atribuídos pelo indivíduo à sua presença.

Exemplos de obsessões de conteúdo impróprio

- Uma jovem mãe com o pensamento de envenenar o bebê.
- Um jovem pai com o impulso de estrangular o filho.
- Uma avó com o pensamento de atirar o neto da ponte.
- Uma freira que se achava condenada ao fogo do inferno porque tinha pensamentos sexuais "impuros".
- Uma catequista que não conseguia deixar de pensar na palavra demônio.
- Uma mulher atormentada por pensamentos homossexuais em relação à irmã.
- Um médico que tinha o pensamento de mutilar bebês com o bisturi.
- Um padre atormentado pelo impulso de olhar fixamente os seios ou a região genital das mulheres.
- Um homem com pensamentos de ferir crianças com faca.
- Um homem com pensamentos de fazer sexo com animais.
- Um jovem seminarista com o impulso de dizer um palavrão durante a hora da meditação.
- Um avô atormentado pelo pensamento de abaixar as calças do neto.

(*Continua*)

Exemplos de obsessões de conteúdo impróprio (*Continuação*)

- Atropelar um pedestre com o carro.
- Jogar o carro contra um *motoboy* e derrubá-lo.
- Frear subitamente o carro quando vem alguém atrás em alta velocidade.
- Empurrar alguém na escadaria do *shopping center*.
- Introduzir objetos (desodorantes, canetas) no ânus ou na vagina.
- Praticar sexo com Jesus Cristo na cruz.
- Praticar sexo com a irmã ou a mãe (pensamentos incestuosos).

A teoria cognitiva das obsessões

De acordo com Rachman,[75] como vimos no início do capítulo, pensamentos invasivos impróprios ocorrem com todas as pessoas e são um fenômeno universal. O portador de TOC não se distingue do não-portador no que se refere ao conteúdo dos seus pensamentos. O que o diferencia é a forma como reage à presença de tais pensamentos e os interpreta. As interpretações catastróficas que ocorrem quando os pensamentos surgem ("minhas dúvidas sobre se sou ou não um homossexual indicam que eu posso ser, se não agora, no futuro!" ou "como me passam pela cabeça esses pensamentos de abusar de minha filha, posso, um dia, praticá-los. Quem garante que não?") seriam as responsáveis por desconforto e ansiedade e pelo aumento de sua intensidade e freqüência, transformando pensamentos normais em obsessões.

Enquanto a maioria das pessoas ignora os pensamentos invasivos e reconhece que eles não têm importância, os portadores de TOC consideram tais pensamentos muito significativos, dão muita atenção a eles, mantendo-se vigilantes para perceber quando surgem e poder afastá-los o mais rapidamente. Paradoxalmente, quanto mais a pessoa se esforça para afastar pensamentos indesejáveis, ou quanto mais fica vigiando o seu aparecimento, mais intensos e freqüentes eles se tornam. [66,67,75,77]

De acordo com a teoria cognitiva das obsessões, pensamentos invasivos "normais" transformam-se em obsessões pela importância e pelo significado que o indivíduo atribui à sua presença na mente (Rachman, 1997).[75]

Exemplos de interpretações catastróficas ou de significados negativos atribuídos a pensamentos invasivos

- "Posso vir a cometer esses pensamentos."
- "Eles significam que sou uma pessoa má ou que tenho um desvio de conduta que até agora não se manifestou, mas que poderá vir a aparecer."
- "Quem garante que não existe um homicida em potencial dentro de mim que um dia irá se manifestar?"
- "Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos."
- "Os rituais mágicos que faço (tocar na parede, bater na mesa, contar até seis, alinhar os chinelos ao pé da cama antes de deitar) podem evitar que certas coisas que temo aconteçam."

CRENÇAS DISTORCIDAS RELACIONADAS À OCORRÊNCIA DOS MAUS PENSAMENTOS

Supõe-se que crenças distorcidas contribuam para a ocorrência dos maus pensamentos. Os especialistas que se reuniram na década passada para estabelecerem um consenso sobre as crenças distorcidas mais comuns no TOC propuseram dois grupos de crenças disfuncionais que estariam relacionados à presença dos maus pensamentos: superestimar o poder dos pensamentos e supervalorizar a necessidade de controlá-los. Acredita-se que tais disfunções cognitivas são determinantes para a origem e a manutenção desses sintomas. No grupo de crenças que supervalorizam o poder do pensamento,

incluem-se o chamado pensamento mágico, o fenômeno da fusão do pensamento e da ação, o raciocínio emocional e o efeito Urso Branco. Vejamos um pouco mais detalhadamente esses fenômenos, relacionando-os com exemplos clínicos.

Pensamento mágico

Uma das crenças distorcidas ou errôneas mais comuns relacionadas com a supervalorização do poder do pensamento é o chamado pensamento mágico, em razão do qual a pessoa acredita que pode agir a distância, modificar o futuro com o seu pensamento ou com alguma ação (ritual) que pratique, impedir que desastres venham a acontecer ou que o simples toque possa transmitir propriedades ruins (uma espécie de varinha mágica ao contrário), em desacordo com as leis da física. No pensamento mágico, o paciente confunde a noção de causa e efeito, acredita que, pelo simples fato de dois acontecimentos ocorrerem ao mesmo tempo, podem ser causa um do outro. Por exemplo, o paciente que estava de camisa preta quando um amigo se acidentou e morreu pode pensar que a camisa preta provocou o acidente, ou em outro caso, que o time ganhou porque estava com a camisa do time. No TOC, esse tipo de raciocínio é usado exclusivamente para explicar desastres, e não acontecimentos positivos, como, por exemplo, ganhar na loteria ou passar em um concurso. Os rituais mágicos fundamentam-se nessa forma de pensar. Como exemplos dessas crenças podemos citar o fato de o portador de TOC acreditar que a realização de rituais pode impedir que desgraças aconteçam no futuro, ou que um simples toque é suficiente para transmitir o poder de provocar desgraças a roupas, objetos, lugares e, até mesmo, a pessoas, ou o poder de protegê-las. Acredita, também, que, se tocar em certos indivíduos, poderá se transformar neles. Muitas crenças e rituais religiosos se baseiam nesses mesmos princípios, como, por exemplo, a crença de que é possível fazer mal a uma pessoa espetando um alfinete em um boneco.

A seguir, é apresentado um exemplo de obsessões e rituais fundamentados no pensamento mágico.

Exemplo clínico de pensamento mágico e escrupulosidade

Uma paciente muito religiosa tinha preocupação excessiva com a possibilidade de entrar em contato com pessoas que freqüentassem religiões de origem africana. Acreditava que cumprimentar tais indivíduos daria azar e que alguém na sua família poderia morrer. Como, em seu trabalho, um dos colegas era ligado a uma dessas religiões, ela não o cumprimentava e não usava o banheiro do serviço, como forma de evitar eventuais contatos, mesmo que indiretos. Utilizava luvas para usar o computador, mexer em papéis e tocar nas maçanetas das portas, os quais imaginava que tivessem sido tocados pelo colega, lavando as mãos inúmeras vezes durante o trabalho e tomando banho imediatamente ao chegar em casa. Deixou de vestir uma série de roupas que usara no serviço, pois "era o mesmo que tocar na referida pessoa". A paciente era muito religiosa e acreditava que, ao ter tais pensamentos e não conseguir afastá-los, poderia estar cometendo um pecado, o que a levava a rezar de forma repetida e a pedir perdão a Deus muitas vezes.

Fusão do pensamento e da ação

Uma forma interessante de crenças relacionadas à supervalorização do poder do pensamento é a chamada fusão do pensamento e da ação – em inglês, *thought-action fusion*.[121,123] Por meio dessa fusão, pensar torna-se indicativo de que se pode praticar os atos que passam pela cabeça, ou de que pensar equivale, moralmente, a cometer os referidos atos. Em outras palavras, pensar equivale a agir.

Exemplos de crenças que envolvem a fusão do pensamento e da ação

- Pensar é o mesmo que desejar.
- Pensar equivale a cometer ou praticar.
- Ter um pensamento inaceitável, mesmo que seja involuntário, equivale, moralmente, a praticá-lo.
- Pensar pode provocar desgraças (pensar em um acidente pode provocá-lo).

Exemplo clínico de fusão do pensamento e da ação

Um paciente não comparecia, de forma alguma, a festas porque tinha o pensamento de que, ao estender a mão para cumprimentar as pessoas, poderia lhes dar um soco no rosto. Evitava, especialmente, ir a casamentos, justificando: "porque posso dar um soco na noiva, em vez de cumprimentá-la. Quem pode me garantir que isso não vai acontecer?" E insistia: "se penso, é porque posso vir a praticar".



Invertendo Descartes: o raciocínio emocional

Descartes, filósofo francês que viveu de 1596 a 1650, preocupava-se, como muitos outros filósofos, em saber o quanto nossos conhecimentos são verdadeiros. Considerava a razão como o único instrumento com o qual se poderia contar para chegar a conclusões verdadeiras e irrefutáveis. Começou a construir seu sistema filosófico com o que chamou de dúvida metódica. Tal sistema consistia em duvidar de tudo. Em suas dúvidas, entretanto, havia uma única coisa sobre a qual ele podia ter certeza absoluta: o próprio fato de estar duvidando, ou seja, pensando. Foi a partir dessa conclusão que cunhou a célebre frase: "Penso, logo existo". No seu entender, o ato de pensar era a prova cabal da própria existência. Estabeleceu como critério de verdade a idéia clara e distinta. Descartes era um racionalista e usava a razão para estabelecer conclusões, em uma linha de pensamento semelhante à de Sócrates, ambos acreditando no poder da razão para se chegar ao conhecimento verdadeiro. Não se deram conta de que, muitas vezes, as emoções impedem o uso da razão ou, se não impedem, atrapalham, pois distorcem a forma de perceber e de interpretar a realidade.

Muitos portadores de TOC fazem o raciocínio inverso ao de Descartes, pois acreditam que o simples fato de sentirem aflição indica que o que estão pensando naquele momento é verdadeiro, importante ou que pode vir a se concretizar. São exemplos desse tipo de pensamento: "o simples fato de ter um pensamento que me perturba significa que ele é importante" (raciocínio emocional); "se me provoca aflição ou medo, é porque deve ser verdade ou possível" ou "se me provoca medo, é porque deve ser perigoso". Em outras palavras, acreditam que a mera presença de um pensamento de conteúdo impróprio, agressivo ou sexual, ou o fato de lhes vir à mente determinada palavra ou lembrança, quando acompanhadas de muita aflição, significa que são importantes, perigosos, possíveis ou verdadeiros. ("É importante porque provoca aflição" ou "É importante porque penso muito nisso".) Tal noção configura o que alguns chamam de raciocínio cartesiano emocional ou, simplesmente, raciocínio emocional, o qual contraria as leis da lógica, pois não tem fundamento.[120]

Supervalorizar a importância de controlar os pensamentos

Uma conseqüência imediata de exagerar a importância e o poder dos pensamentos e de perturbar-se com a sua presença é a necessidade de controlá-los e de afastá-los da mente. Controlar significa ser capaz de afastar completamente os pensamentos indesejáveis, sempre que eles aparecem. Para tanto, é necessário aumentar a vigilância e a atenção, pois isso ajuda a perceber, de imediato, quando tais invasões ocorrem. Os pacientes acreditam que tal controle não só é possível, como desejável. Entretanto, a moderna psicologia demonstrou que a vigilância provoca o efeito paradoxal de aumentar a freqüência e a intensidade dos pensamentos (o chamado efeito Urso Branco, que veremos melhor a seguir). Ou seja, quanto mais se pensa no demônio, mais ele aparece.

A supervalorização da importância de controlar os pensamentos pode assumir diferentes formas de crenças distorcidas:

- Devo estar sempre vigilante sobre o que se passa na minha mente, pois só assim posso controlar totalmente meus pensamentos.
- Devo vigiar meus pensamentos, pois, vigiando-os, poderei afastá-los.
- Não controlar os pensamentos equivale a desejá-los.
- Não controlar os pensamentos pode ter conseqüências comportamentais (posso vir a praticá-los).

- Posso ter sucesso total no controle dos meus pensamentos.
- Se eu não conseguir afastar um pensamento ruim, ele acaba acontecendo.
- Ter pensamentos invadindo minha mente significa que estou fora de controle.
- Serei uma pessoa (moralmente) melhor se conseguir controlar, por completo, meus pensamentos.



Lembrete

Esforçar-se para afastar um pensamento indesejável ou impróprio só aumenta sua intensidade e freqüência.

O efeito Urso Branco e a hipervigilância

Mencionamos há pouco o fenômeno chamado efeito Urso Branco. Sua descoberta contribuiu para uma melhor compreensão e para o tratamento das obsessões, particularmente as de conteúdo impróprio. Tal efeito é a teoria denominada supressão do pensamento, proposta pelo dr. Daniel Wegner em seu livro *White bears and other unwanted thoughts*.[139] O nome foi criado a partir de uma história relatada pelo escritor russo Leon Tolstoi, que, quando jovem, foi desafiado por seu irmão mais velho a permanecer em uma esquina até que conseguisse parar de pensar em ursos brancos.

Efeito Urso Branco

De acordo com a teoria de Wegner, todas as vezes em que tentamos suprimir determinado pensamento, ele volta com maior intensidade e com maior freqüência, levando-nos a adotar medidas ativas para suprimi-lo.[139] Essa teoria oferece uma explicação para o fenômeno da hipervigilância, tão comum em pacientes com pensamentos impróprios, devendo ser um dos objetivos da terapia, na fase inicial denominada de psicoeducação, como veremos no próximo capítulo.

Nossa sociedade sempre desencorajou fortemente pensamentos violentos ou de natureza sexual, reprimindo-os de maneira intensa, já que poderiam colocar a própria sociedade em risco. Tanto na família como na igreja, ensinaram-nos a ser vigilantes e a tentar afastar tais pensamentos. Em portadores de TOC, entretanto, essas orientações criam um ciclo interminável de pensamentos intrusivos intensos e tentativas fracassadas de suprimi-los. Como comentamos, e como já ficou comprovado, quanto mais os portadores de TOC tentam afastá-los e quanto mais vigiam suas mentes (hipervigilância), mais intensos e freqüentes os pensamentos se tornam.

As teorias cognitivas sobre as obsessões de conteúdo impróprio, os maus pensamentos e as superstições lançaram uma nova luz sobre esses fenômenos e permitiram o uso de técnicas cognitivas efetivas direcionadas a um grupo de sintomas para os quais as técnicas de exposição e prevenção de respostas, quando utilizadas isoladamente, não só não eram efetivas como, eventualmente, aumentavam a freqüência das obsessões.

Um exemplo prático do efeito Urso Branco

Um grupo de aventureiros, para fazer algo diferente e mais emocionante, resolveu partir para uma excursão ao Ártico, acompanhado de um guia esquimó. Nessa região, um dos animais mais temidos é o urso branco. Antes da viagem, o guia deu informações sobre a existência desses animais e algumas orientações práticas, caso se defrontassem com algum deles. Durante boa parte da viagem, não haviam se preocupado com o problema e praticamente não pensavam nos ursos brancos. Entretanto, na primeira noite em que dormiram em barraca em um acampamento, o guia insistiu várias vezes para não se preocuparem com ursos brancos e se esforçarem para não ficar pensando neles. A partir daquela solicitação, eles não só não conseguiram esquecê-los como, a todo o momento, a imagem desses animais vinha às suas mentes. No dia seguinte, constantemente procuraram sinais que indicassem a presença de ursos brancos pelas redondezas e, com freqüência, os "enxergavam" nas formações de neve. Porém, ao se aproximarem, percebiam que eram apenas ilusões. Esse é o efeito urso branco.

RESUMO E DESTAQUES

- Dentre os sintomas que mais atormentam os portadores de TOC estão as obsessões de conteúdo impróprio: (agressivo, sexual, blasfemo) e a escrupulosidade.
- Os pensamentos invasivos que atormentam os portadores do TOC são os mesmos que invadem a mente das pessoas normais.
- Em indivíduos sensíveis e de consciência moral rígida, pensamentos invasivos normais se transformariam em obsessões devido à interpretação negativa ou ao significado catastrófico atribuído à sua presença.
- Em virtude dessa interpretação e desse significado, os pacientes sentem grande ansiedade, lutam contra os pensamentos, procurando afastá-los imediatamente, realizam rituais para neutralizá-los e vigiam sua mente para perceberem quando eles surgem (hipervigilância), tentando impedir que, eventualmente, venham a praticá-los.
- Dar importância às obsessões pela possibilidade de vir a praticá-las e procurar afastá-las produz o efeito paradoxal de aumentar tanto a sua intensidade como a sua freqüência (efeito Urso Branco).
- A mera presença de um pensamento de conteúdo impróprio, agressivo ou sexual, quando acompanhada de muita aflição, é interpretada como indício de que os pensamentos são importantes, perigosos, possíveis ou verdadeiros.
- As distorções cognitivas mais comuns que estão por trás das obsessões de conteúdo impróprio são a valorização do poder do pensamento (pensar pode fazer acontecer) e da necessidade de controlá-lo (vigiar os pensamentos possibilita afastá-los – a hipervigilância), a fusão do pensamento e da ação (pensar equivale a agir ou equivale, moralmente, a cometer) e o pensamento mágico (poder agir a distância ou pelo simples toque; poder influenciar o futuro; tomar a ocorrência de dois fatos ao mesmo tempo como causa e efeito).

Capítulo 13

VENCENDO OS PENSAMENTOS IMPRÓPRIOS OU MAUS PENSAMENTOS

O tratamento dos pensamentos intrusivos de conteúdo impróprio mudou substancialmente depois que se teve uma melhor compreensão de tais sintomas, a partir das teorias cognitivas propostas por Stanley Rachman, Paul Salkovskis, Daniel Wegner, entre outros, como vimos no capítulo anterior. Sobretudo a psicoeducação do paciente sobre o fenômeno dos pensamentos intrusivos e sobre os fatores que os agravam e perpetuam pode ter um forte impacto sobre esses sintomas. Dispomos, ainda, de uma variedade de técnicas comportamentais e cognitivas bastante efetivas que serão apresentadas no presente capítulo.

Até bem pouco tempo, pensava-se que os pacientes que apresentavam predominantemente obsessões não respondiam à terapia comportamental de exposição e prevenção de rituais (EPR). Como não eram identificados rituais explícitos ou mesmo evitações, tornava-se difícil realizar os exercícios da referida terapia. Alguns fatos modificaram esse panorama negativo. Ao oferecer uma nova hipótese para a origem das obsessões (pensamentos normais se transformam em obsessões devido a interpretações distorcidas do significado atribuído à sua presença), a teoria cognitiva proposta por Stanley Rachman[75] e por Paul Salkovskis,[76,77] entre outros, além de contribuir com um modelo explicativo lógico e coerente, permitiu a adaptação e o uso de técnicas cognitivas e comportamentais para o tratamento desses sintomas. O reconhecimento do fenômeno do aumento paradoxal dos pensamentos obsessivos em função da luta contra eles e da vigilância, descrito por Daniel Wegner,[139] fez com que se deixasse de usar intervenções contraproducentes, tais como as técnicas comportamentais que procuravam afastar os pensamentos, lutar contra eles ou parar de pensar. A compreensão sobre o quanto a hipervigilância contribui para a manutenção das referidas obsessões fez com que se desse importância a esse aspecto. Na abordagem desses problemas, por meio da aplicação de técnicas de psicoeducação, um dos primeiros objetivos é educar o paciente para não vigiar os pensamentos impróprios. A identificação de fenômenos sutis de neutralização, como as compulsões mentais, também possibilitou estender o uso da técnica de prevenção de rituais para esse tipo de sintoma.

As técnicas de EPR não foram abandonadas. Novas estratégias foram propostas e testadas, utilizando gravações, *scripts*, exposições virtuais e na imaginação, as quais se revelaram bastante efetivas e, na atualidade, fazem parte rotineiramente do conjunto de intervenções utilizadas na abordagem dos maus pensamentos ou pensamentos impróprios. Como conseqüência de todas essas inovações, o tratamento dessas obsessões tem se tornado efetivo, com um enfoque bastante diferente do existente há alguns anos, fazendo com que sintomas considerados intratáveis até então pudessem ser tratados com sucesso.

Por último, devemos salientar que a melhor identificação e a compreensão das crenças distorcidas subjacentes aos pensamentos impróprios (valorização do poder do pensamento e da importância de controlá-lo, fusão do pensamento e da ação e o pensamento mágico) permitiram não só um melhor entendimento desses sintomas e dos rituais a eles relacionados como também a adaptação das técnicas cognitivas clássicas do questionamento socrático, dos testes comportamentais e de outras técnicas para utilização no tratamento dessas obsessões. É o que vamos abordar neste capítulo.

PSICOEDUCAÇÃO

O tratamento de pacientes com pensamentos impróprios é um pouco distinto do tratamento de pacientes nos quais predominam compulsões por lavagem, verificações, etc. Para o tratamento desses sintomas, os aspectos cognitivos são relevantes, já que, em geral, inicia-se a terapia com técnicas cognitivas, para, em um segundo momento, utilizarem-se técnicas comportamentais. Dentro dessa perspectiva, é dado um grande valor à psicoeducação. A prioridade é o paciente compreender alguns fatos sobre os pensamentos impróprios, pois, na maioria das vezes, o simples conhecimento de que são sintomas do TOC e não indicativos de que a pessoa possa cometer um ato inaceitável ou até criminoso, além de uma boa compreensão da razão pela qual se transformam em sintomas e são mantidos, possibilita a redução da sua intensidade e aponta alguns caminhos para a sua eliminação. Vamos relembrar alguns pontos importantes, abordados no capítulo anterior.

Aprendendo a não dar importância aos pensamentos impróprios

Os pensamentos impróprios ou maus pensamentos são um fenômeno universal, e é perfeitamente normal tê-los de vez em quando, como demonstrou o dr. Rachman.[69] Segundo a teoria do dr. Wegner[139] (efeito Urso Branco), é também fundamental compreender que lutar contra os maus pensamentos e permanecer vigilante para perceber o momento em que invadem a cabeça, em vez de ajudar o paciente a livrar-se deles, faz com que aumentem ainda mais em intensidade e em freqüência, transformando-se, definitivamente, em problemas.

Portanto, a primeira atitude diante da constatação de que sua mente é invadida por maus pensamentos é não dar importância a eles, não vigiá-los e, sobretudo, não tentar afastá-los. Se você não se importar e prestar menos atenção, eles desaparecerão mais depressa, deixando de perturbá-lo.

O segundo ponto crucial é compreender que o fato de maus pensamentos invadirem sua mente não representa qualquer risco de agredir uma pessoa de quem você muito gosta ou um familiar, de ser abusador de crianças, espancador de pessoas idosas, homicida em potencial, pervertido sexual, ou o que for. São simplesmente sintomas de um transtorno e nada mais. São sintomas que atormentam, que causam muitos problemas, mas que não têm nenhuma relação com a possibilidade de virem a ser praticados.



Lembrete

Pensamentos impróprios de conteúdo sexual, agressivo ou blasfemo, por mais inaceitáveis que sejam, são simplesmente sintomas do TOC, e não indicativos de que você venha cometê-los. No TOC, pensar não significa cometer!

A seguir, apresentaremos as circunstâncias em que uma pessoa pode vir a praticar maus pensamentos.

Quando maus pensamentos podem ser perigosos

A melhor forma de prever o comportamento futuro é conhecer o comportamento passado. Você deve recordar se já teve comportamento agressivo no passado, se agrediu fisicamente ou pensou em matar alguém e se teve envolvimento com a polícia em função de tais comportamentos. Se as suas respostas forem positivas, você deve verificar se, eventualmente, se enquadra em algumas das situações mencionadas a seguir. Normalmente, os portadores de TOC não são agressivos. Ao contrário, em virtude de serem muito sensíveis e de terem moral muito rígida, seriam as últimas pessoas com probabilidade de cometer o que lhes passa pela cabeça: molestar crianças, jogar o carro contra um pedestre, empurrar alguém para debaixo de um ônibus ou dar um soco em uma pessoa desconhecida na rua, etc. En-

tretanto, a violência sob a forma de homicídios, seqüestros, estupros, abuso sexual é muito comum nos dias de hoje. As pessoas que a praticam, em geral, se enquadram em determinado perfil.

Observe se por acaso você se encaixa em algumas dessas situações, citadas pelo dr. Baer em seu excelente livro sobre maus pensamentos, *The imp of the mind*,[138] as quais podem representar risco de cometer atos violentos:

- Ouvir vozes ou ver coisas que os outros não vêem; sentir que as pessoas estão contra você e estar perturbado por esses sintomas. Provavelmente você esteja sofrendo de transtorno mental, que pode ser grave. Não é raro que as vozes dêem ordens para cometer atos contra outras pessoas ou contra si mesmo. Se esse for o caso, você realmente apresenta risco de cometer algum ato violento contra si ou contra terceiros e deve, imediatamente, procurar a ajuda de um psiquiatra. Hoje em dia, há medicamentos muito efetivos para tratar esses sintomas.
- Ter raiva muito intensa de uma pessoa em particular que, em um passado recente, o tenha prejudicado gravemente ou o abandonado e de quem tenha jurado vingar-se. Se, em outras situações semelhantes, você não foi capaz de se controlar e sabe que continua com essa dificuldade, deve evitar essa pessoa e buscar ajuda para aprender a exercer melhor controle sobre suas emoções e seus impulsos.
- Ser usuário de drogas ou álcool e perder facilmente o controle sob o efeito dessas substâncias. Usuários de drogas, nessas circunstâncias, podem cometer atos violentos.
- Ser uma pessoa de temperamento explosivo e de pouco auto-controle que, em outras ocasiões, já agrediu violentamente pessoas, por motivos fúteis.
- Ter ódio de certos grupos (mendigos, negros, homossexuais, judeus) e planejar dar-lhes um castigo. O risco é maior se você pertence a um grupo que partilha dessas mesmas idéias.
- Dedicar-se a práticas ilegais (contrabando, tráfico de drogas, roubo de carros) e, em razão disso, ter muitos inimigos.
- No passado, já ter cometido atos cruéis com animais ou, até mesmo, com pessoas. Realmente existe o perigo de vir a praticá-los no presente se você planeja tais atos e sente certo prazer apenas em imaginar-se praticando-os.
- Estar gravemente deprimido, perder a esperança de que um dia possa livrar-se do seu sofrimento e, por esse motivo, ver como saída se matar e, talvez, matar seus familiares. Se esse for o caso, você deve imediatamente procurar ajuda profissional e, dependendo da gravidade, o pronto-socorro.

Uma situação não muito rara é a depressão pós-parto, que ocorre em 15 a 25% das mulheres, depois da primeira semana do nascimento do bebê e que pode durar vários meses. Nessas situações, pode haver risco de suicídio, de negligência e de abandono do bebê. Embora seja bastante atípico, pode ocorrer, ainda, o quadro denominado de psicose puerperal. Em geral, é uma condição muitas vezes acompanhada de idéias delirantes e de alucinações, representando risco para o bebê.

Dois critérios são os melhores preditores de comportamento violento do indivíduo no futuro: a história de atos violentos no passado e o tipo de sentimento que acompanhou tais atos – de medo, horror, aflição ou de certo prazer ou excitação.

É importante que você entenda que sua mente é invadida, de vez em quando, por pensamentos impróprios, alguns verdadeiramente chocantes ou horríveis, que lhe causam muita aflição ou culpa, que são completamente estranhos à sua maneira habitual de pensar e de se comportar, mas que, mesmo assim, você não consegue afastar, não porque seja um perverso, um sádico, um criminoso em potencial ou tenha um desvio de conduta, mas, simplesmente, porque tem TOC. Tais pensamentos não deixam de ser uma estranha e esdrúxula manifestação do referido transtorno, nada mais. Compreender essa distinção é fundamental para reduzir a importância que você dá a tais pensamentos e para poder parar de lutar contra eles, interrompendo, com isso, o principal mecanismo responsável pelo fato de eles não saírem de sua cabeça.

A seguir, vamos ver as técnicas comportamentais e cognitivas disponíveis para vencer os pensamentos impróprios.

TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS

Nos primeiros tempos da terapia comportamental, era comum o terapeuta orientar o paciente a lutar contra os maus pensamentos, resistir a eles e tentar afastá-los da mente, do mesmo modo que os monges na Idade Média eram instruídos a lutar contra o que se considerava tentações do demônio. Uma das técnicas sugeridas era vigiar os pensamentos e, quando a mente fosse invadida por um mau pensamento, dizer em voz alta a palavra "Pare", seguida de um piparote com um atilho de borracha no pulso (punição) ou de um tapa com força na mesa, como forma de se distrair. Com a compreensão atual sobre a origem das obsessões, percebeu-se que lutar contra os maus pensamentos e tentar afastá-los produz o efeito paradoxal de aumentar sua intensidade e sua freqüência, razão pela qual essa técnica não é mais recomendada para esse fim. O que se recomenda, na verdade, além da psicoeducação, são estratégias de exposição na imaginação aos maus pensamentos e técnicas cognitivas, descritas a seguir.



Elaborando a lista dos sintomas

Nossos conhecidos exercícios de exposição e prevenção de rituais (EPR) podem ser adaptados para tratar pensamentos invasivos indesejáveis e impróprios. Para utilizá-los, deve-se ter em mãos a lista de sintomas elaborada durante a leitura do Capítulo 7 e o preenchimento do Formulário 2 (ver Caderno de exercícios, p. 235). Você começa identificando na sua lista pensamentos impróprios de conteúdo agressivo, sexual, blasfemo ou supersticioso, reconhecendo, especialmente, os rituais e as evitações que é levado a executar em função de tais pensamentos. O grau de aflição subjetiva ou de dificuldade atribuído a cada um deles deve ser considerado para escolher os exercícios de EPR, que são iniciados pelos sintomas considerados mais fáceis ou que produzem menos aflição. O ideal é que se tenha a ajuda de um terapeuta, e que essa escolha seja feita no contexto de uma terapia.

Recomendações gerais para as tarefas de exposição e prevenção de rituais para pensamentos impróprios

Para vencer os pensamentos impróprios, você deve seguir as recomendações a seguir, que o auxiliarão nas tarefas de exposição e prevenção de rituais:

- Deixar os pensamentos impróprios simplesmente virem à mente, não tentar impedi-los, não lutar contra eles e não tentar afastá-los, lembrando que são apenas pensamentos do TOC e nada mais.
- Evitar qualquer manobra de neutralização com a finalidade de anular o mau pensamento, como substituir um mau pensamento por um bom, fazer algum ritual mental (rezar, repetir frases, fazer contagens), ficar argumentando consigo mesmo se o que pensa é verdade ou não, realizar rituais como lavar-se ou tomar banho depois de a mente ser invadida por um pensamento impróprio.
- Diminuir a vigilância, procurando não dar importância aos maus pensamentos ou às imagens violentas e impróprias quando surgirem na mente. Não ficar vigiando os pensamentos.

Exposição e prevenção de rituais para pensamentos de conteúdo agressivo

No tratamento desses sintomas, podem ser usadas várias técnicas que possibilitam a exposição na imaginação, descritas a seguir.

Evocação intencional de pensamento, palavra ou cena horrível

Um exercício simples que pode ajudá-lo a vencer esses sintomas, pois não deixa de ser uma forma de exposição, é a evocação intencional do pensamento incômodo. Para isso, você deve marcar determinado

horário, ao longo do dia, em que tenha tempo disponível. Chegado o momento, procurará evocar propositalmente cenas, palavras, imagens ou pensamentos horríveis que lhe causem aflição e ficará pensando neles o tempo necessário para o desconforto desaparecer por completo. Esse exercício deve ser repetido várias vezes ao longo do dia, até que nenhum desconforto seja sentido com sua realização (p. ex., durante 15 minutos, 3 a 4 vezes ao dia).

Exposição na imaginação a pensamentos horríveis: escrever uma história horrível

Uma das técnicas mais efetivas para tratar pensamentos impróprios de conteúdo agressivo é escrever uma pequena história, com todos os detalhes de uma cena horrível imaginada, de mais ou menos uma página, incluindo os acontecimentos posteriores. Uma vez escrita a "história horrível", você deverá programar-se para repetir a leitura várias vezes, em diversas ocasiões ao longo do dia (5 a 10 vezes, em três ocasiões por dia), durante vários dias, até a aflição desaparecer por completo e a leitura não provocar mais qualquer desconforto. A história deve conter todos os detalhes de um pensamento ou de uma cena horrível, exagerando, em alguns momentos, seus aspectos mais chocantes. Depois, você gravará a história em um gravador que possa carregar no bolso e lerá ou ouvirá várias vezes ao dia, até não sentir mais ansiedade (habituação).

Um exemplo de história horrível

A seguir, apresentaremos um exemplo de como pode ser feita a exposição a obsessões de conteúdo agressivo na imaginação. A paciente que escreveu essa história conseguiu eliminar seus pensamentos horríveis – esfaquear os familiares quando eles chegassem em casa da rua – após a leitura repetida do texto.

> "À noite, enquanto todos estão dormindo, acordo, vou até a cozinha e abro a gaveta dos facões. Escolho, dentre eles, o maior, de 30 a 40 cm. Afio o facão muito bem. Pego também a tesoura. Primeiro vou ao quarto do meu pai e corto-lhe a garganta; em seguida, corto a artéria da virilha, para ocorrer uma grande hemorragia. Sei que assim não sobreviverá. Depois, corto a garganta do meu irmão. Dou, ainda, diversas punhaladas no peito dos dois. Abro a cabeça deles, picotando com o facão freneticamente. Tiro o cérebro e os olhos. Depois disso, faço algo parecido com uma necropsia. Corto o corpo deles em forma de Y e retiro todas as vísceras em um bloco só. Os corpos viram pedaços de carne. Espalho os pedaços pela casa e coloco partes no forno para assar. Vou ao apartamento ao lado, pois tenho a chave. Faço o mesmo com a vizinha. Corto-lhe o pescoço, pico a cabeça, perfuro o peito e extraio as vísceras. Tudo vai para o forno, e sinto um grande prazer em fazê-lo, o que é o mais apavorante. Mas, depois de certo tempo, me arrependo. Tento me matar, cortando meu pescoço, mas não consigo dessa forma. Atiro-me da janela de cabeça para baixo. Caio, espatifo minha cabeça e morro".

Exposição virtual

Pacientes que evitam cenas de conteúdo agressivo (p. ex., filmes ou programas de TV) podem beneficiar-se com a exposição virtual: assistir várias vezes a filmes ou a trechos de filmes que contenham cenas de conteúdo violento chocante, sangue ou corpos estraçalhados, até que não produzam aflição e se tornem estímulos neutros. Pode-se assistir, por exemplo, aos primeiros 20 minutos do filme *O resgate do soldado Ryan* ou a cenas de outros filmes, como *O poderoso chefão, Os bons companheiros, Gangues de Nova York, Meu ódio será tua herança, Pulp fiction, Tropa de elite*, *Onde os fracos não têm vez*, etc., se for o caso. Os filmes (ou partes deles) devem ser assistidos diversas vezes, até ficarem monótonos e não provocarem mais aflição.

Exposição na imaginação assistida

Pacientes portadores de TOC grave ou com convicções muito intensas sobre o conteúdo de suas obsessões são incapazes de realizar a exposição na imaginação se não forem acompanhados por um terapeuta. Nesses casos, é interessante a terapia de EPR assistida (por terapeuta ou por algum familiar).

Quando a exposição na imaginação não funciona

A exposição na imaginação não funciona quando ocorre uma das seguintes situações:

- As cenas imaginadas provocam aflição intolerável. Nesse caso, o paciente e o terapeuta devem combinar uma exposição que produza menos ansiedade.
- A exposição não produz nenhuma ansiedade. Devem-se revisar os motivos. É possível que a cena imaginada não tenha nada a ver com você, que você não se sinta incluído ou que não se concentre o suficiente na história.
- Você não consegue imaginar cenas suficientemente vívidas ou aterrorizadoras para produzir algum grau de ansiedade.

Terapia dos pensamentos de conteúdo sexual impróprio

Psicoeducação

Como no tratamento psicoterápico dos demais sintomas, o primeiro passo é a psicoeducação, da qual faz parte a compreensão do fenômeno do aumento paradoxal dos sintomas no caso de você permanecer vigiando e procurando afastar tais pensamentos, como acontece nos pensamentos de conteúdo agressivo que descrevemos detalhadamente no início deste capítulo. Em um segundo momento, é importante que você aceite a hipótese da explicação alternativa e se convença dessa outra possibilidade para a presença de sintomas tão incômodos: são apenas sintomas de um transtorno, e não indicativos de uma perversão sexual que esteja em risco de praticar.



Lembrete

Pensar não significa cometer.

Exposição e prevenção de rituais para pensamentos ou impulsos sexuais impróprios

Vencidas essas primeiras etapas (psicoeducação e exposição imaginária) e claramente identificadas as obsessões, é interessante reconhecer as evitações e os rituais associados às referidas obsessões e programar exercícios de exposição e prevenção de rituais, semelhantes aos descritos para obsessões de conteúdo agressivo: imaginar intencionalmente as cenas que invadem a mente, durante certo tempo, fazer um pequeno *script* de uma história em que o pensamento sexual impróprio é praticado, aproximar-se das pessoas ou dos objetos das obsessões, que são evitados, conviver com eles e tocá-los.

Exemplos clínicos

Um paciente considerava-se um monstro, pois tinha pensamentos sexuais impróprios de abusar de sua irmã de dois anos, razão pela qual pensava em suicídio. A elaboração de uma história na qual praticava o abuso e a leitura perante o grupo, por mais chocante que tenha sido, junto com as medidas psicoeducativas, produziram grande alívio. A partir desse momento, ele voltou a brincar com a irmã e a pegá-la no colo, o que não fazia há muito tempo, com receio de "cometer" seus pensamentos. Entendeu que eram apenas manifestações do TOC e que não tinham relação com a possibilidade de cometer o ato.

Uma paciente sentia-se muito envergonhada, a ponto de ficar ruborizada, só pelo fato de relatar seu impulso de fixar os olhos nos genitais masculinos. O exercício prescrito foi o de ir até uma banca de revistas e folhear revistas de nus masculinos, olhando demoradamente os genitais nas fotografias, até sua aflição desaparecer.

(*Continua*)

Exemplos clínicos (*Continuação*)

Um jovem pai tinha a sua mente invadida pelo pensamento de abusar sexualmente (tocar nos genitais) de sua filha, um bebê de 6 meses, o que o deixava horrorizado, a ponto de não mais trocar as fraldas dela ou pegá-la no colo. Estava apavorado, pois comentara tais pensamentos com a esposa, que, imediatamente, pegou a criança e saiu de casa. A compreensão, por parte do casal, do que significavam tais obsessões, de que tê-las nada tinha a ver com cometê-las, os exercícios de exposição, em que ele voltava a segurar o bebê no colo e trocava fraldas, além da orientação de não dar importância a seus pensamentos e parar de vigiá-los foram suficientes para eliminar por completo tais obsessões e para a esposa aceitar voltar para casa e deixar o marido cuidar do bebê.

Um dos tipos de obsessão que mais aflige os portadores do TOC são as relativas a ser ou não homossexual. São pessoas que jamais sentiram qualquer desejo, atração ou que nunca tiveram ou desejaram ter qualquer envolvimento com indivíduos do mesmo sexo, e se sentem extremamente aflitos com suas dúvidas.

Dúvidas relacionadas à homossexualidade: exemplo clínico

T.S., 45 anos, engenheiro, procurou tratamento por ter sido assaltado pela dúvida sobre ser ou não homossexual, o que o perturbava intensamente. Era casado, tinha forte atração pela esposa, com a qual mantinha relações sexuais freqüentes, e jamais tivera qualquer interesse, fantasia ou inclinação sexual por outros homens ou mesmo curiosidade em freqüentar lugares de encontros de homossexuais ("Deus me livre!"). Ao contrário, tivera sempre relacionamentos afetivos intensos, e em suas fantasias sexuais sempre estavam envolvidas mulheres. Além das dúvidas quanto a uma possível inclinação homossexual, ao avistar objetos como desodorantes, canetas e estatuetas, ocorria-lhe a idéia de introduzi-los no ânus, como forma de verificar se sentiria ou não algum prazer, pensamento que considerava verdadeira aberração e que o deixava chocado. Caso viesse a sentir qualquer sensação prazerosa, tomaria essa sensação como prova de sua hipotética homossexualidade.

Tinha, ainda, o impulso de olhar os genitais masculinos, mas, ao mesmo tempo, sentia medo de querer tocá-los, o que tomava como uma prova de sua homossexualidade latente. Mesmo considerando totalmente absurdos seus impulsos, temia vir a praticá-los em momento de grande angústia, ainda que fosse para obter alívio da inquietação. Para se proteger, escondera em gavetas e armários todos os objetos que incitavam tais pensamentos. Ao tomar banho e tocar na região anal, prestava muita atenção às sensações. Temia ter qualquer sensação agradável, o que, no seu entender, seria indicativo de inclinação homossexual, razão pela qual evitava tocar no ânus.

Tais dúvidas constituíam uma verdadeira tortura, pois tomavam conta da sua mente durante muitas horas do dia ou, como preferia dizer, o tempo todo, e eram particularmente intensas no banheiro, devido aos desodorantes e aos banhos. Além da angústia, sentia muita tristeza, a ponto de muitas vezes não conseguir trabalhar adequadamente. Com freqüência ocorriam pensamentos de morte ou dúvidas sobre se não seria melhor dar fim à sua vida, como forma de acabar com seu sofrimento. Para ele, descobrir que era um homossexual seria a maior tragédia que poderia lhe ocorrer, um horror. Não poderia viver com tal possibilidade, e, além disso, ele representaria grande decepção para toda a sua família.

O primeiro objetivo do tratamento desse paciente foi psicoeducativo: levá-lo a compreender que suas dúvidas eram manifestações (sintomas) do TOC, e não indicativos de homossexualidade latente. Com essa finalidade, foi feito o questionamento socrático: evidências a favor da hipótese da homossexualidade e contrárias a ela (toda sua história pessoal de preferências heterossexuais, ausência de qualquer prática homossexual, de fantasias, de desejo e de excitação diante de figuras masculinas, etc.). Foi repetidamente utilizada a técnica das duas alternativas, ou duas hipóteses (Capítulo 9). O que é mais provável: as dúvidas serem manifestações de homossexualidade latente ou sintomas do TOC?. Com essas intervenções cognitivas, houve diminuição da ansiedade, o que permitiu a programação de exercícios de exposição e prevenção de rituais.

Em seguida, foram programados exercícios de exposição aos objetos que ele escondera e evitava tocar: carregar na pasta um desodorante, no qual acabava tocando inadvertidamente ao longo do dia; passar por lugares freqüentados por homossexuais; recolocar em lugares visíveis os objetos que ocultara; assistir a filmes ou a cenas na TV de conteúdo homossexual, etc. O paciente apresentou resposta satisfatória ao tratamento.

Esses pacientes permanecem durante um longo tempo repetindo para si mesmos argumentos intermináveis para elucidar a dúvida sobre se são ou não homossexuais, sem nunca chegarem a uma conclusão e, menos ainda, a uma certeza. Um paciente chegava a afirmar que gostaria de chegar logo a uma conclusão, mesmo que fosse a de ser um homossexual, idéia que lhe provocava um verdadeiro horror, porque, como comentava: "muito pior é ficar com essa dúvida". Às vezes, a dúvida é em relação a tornar-se um homossexual no futuro. O melhor que o terapeuta pode fazer nessas circunstâncias é levar o paciente a compreender que, em muitas questões envolvendo o futuro, é impossível ter certeza, inclusive na questão da opção sexual. Ele se tranqüilizou quando o terapeuta comentou: "certeza, mesmo, é de que, um dia, iremos morrer. Sobre vir ou não a ser homossexual, nem eu mesmo posso garantir!"

O USO DE TÉCNICAS COGNITIVAS

Conforme percebido nos exemplos práticos, no tratamento dos pensamentos impróprios, o uso de técnicas cognitivas pode preceder os métodos comportamentais, fugindo à seqüência mais usual, como comentamos. Essa estratégia é particularmente interessante quando há muita ruminação obsessiva e argumentação sobre as dúvidas, quando os sintomas são muito intensos, e a ansiedade que os acompanha, muito grave, impedindo a exposição, como é o caso das dúvidas sobre uma possível homossexualidade. Seu uso reduz a ansiedade, tornando mais fácil ao paciente realizar as tarefas comportamentais.

Uma técnica de grande utilidade é o questionamento socrático. No exemplo clínico anterior, ilustramos o uso do questionamento para corrigir crenças relativas ao significado da presença de tais obsessões. Vejamos como ele pode ser utilizado no tratamento de pensamentos impróprios de conteúdo agressivo ou sexuais impróprios.

Questionamento socrático

- Tenho alguma evidência de que, um dia, vou praticar ou cometer o que passa pela minha cabeça?
- Que evidências são contrárias a esses meus medos (no passado, fui uma pessoa violenta, molestador de crianças, excito-me com esses pensamentos ou eles me provocam horror ou repulsa)?
- Existe a possibilidade (entre 0 e 100%) de que eu venha a fazer o que pensei? Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- Esses pensamentos revelam, necessariamente, aspectos ruins do meu caráter ou da minha personalidade (que sou perverso), depravado, ou podem ser sintomas do TOC? O que é mais provável?
- Esses pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Podemos controlar inteiramente nossos pensamentos?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento, por uma imagem ou por uma lembrança que não controlo nem desejo?
- Ter um pensamento mau é tão condenável quanto praticá-lo?

TRATANDO PENSAMENTOS BLASFEMOS: TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS

Na abordagem de obsessões de conteúdo blasfemo, como nos casos anteriores, é fundamental a psicoeducação, com a finalidade de o paciente compreender de que tipo de fenômeno se trata. Podem ser utilizadas tanto técnicas cognitivas como comportamentais.

Exposição e prevenção de rituais

Como forma de se expor aos pensamentos blasfemos, pode-se solicitar a você que repita, de forma intencional (mentalmente ou em voz alta) ou que escreva várias vezes (preenchendo por completo uma folha de papel) palavras, nomes ou frases de conteúdo blasfemo que você evita ou que não podem ser ditos porque provocam muito medo. Você pode, ainda, imaginar a cena blasfema e mantê-la na consciência durante o tempo necessário para desaparecer a aflição.

Obsessão com o demônio: um exemplo prático

Uma paciente muito religiosa era atormentada pela lembrança e pela possibilidade de pronunciar a palavra "demônio", pois acreditava que essa lembrança era sacrilégio. No seu entender, sua preocupação com a referida palavra significava que gostava do demônio e que, portanto, não amava a Deus. Acreditava, por esse motivo, que poderia ser condenada ao fogo do inferno; aliás, em certo momento, chegou a ter certeza dessa condenação, o que a levou a grande desespero, depressão e vontade de morrer, pois a vida ficara insuportável.

Como no exemplo anterior, em um primeiro momento, um tempo foi dedicado para explicar à paciente o que significava ter a mente invadida pela palavra "demônio": tratava-se de um sintoma do TOC, e não de um indicativo de que ela não amava mais a Deus; dessa forma, quanto mais lutasse contra esse pensamento ou tentasse afastá-lo, mais intenso se tornaria (psicoeducação). Tendo aceito essa explicação e pondo em prática a orientação de não lutar contra os pensamentos, de não vigiá-los e de não tentar afastar a palavra "demônio" quando esta viesse à mente, a freqüência das obsessões foi reduzida, e a ansiedade diminuiu.

Solicitou-se, a seguir, que ela escrevesse várias vezes em uma folha de papel a palavra "demônio", que, por fim, leu em voz alta perante o grupo de pacientes. Ao final do tratamento, a paciente apresentou remissão completa de suas obsessões.

É interessante destacar que foram utilizadas mais duas atividades cognitivas: o exercício da seta descendente associado ao questionamento socrático.

O exercício da seta descendente permite explicitar a seqüência de pensamentos catastróficos, o que possibilita o seu questionamento. Eis o exemplo a seguir.

Seta descendente

"Se penso no demônio, significa que amo o demônio."

↓

"Se amo o demônio, não amo a Deus."

↓

"Se amo o demônio e não amo a Deus, Ele me condenará."

↓

"Certamente irei para o fogo do inferno, para sempre."

↓

"Portanto, não tenho mais salvação e, como não posso mais suportar esse sofrimento, devo me suicidar."

Questionamento socrático

Cada uma das afirmativas deve ser questionada quanto à sua veracidade e quanto à possibilidade de haver uma outra explicação para a presença do pensmento.

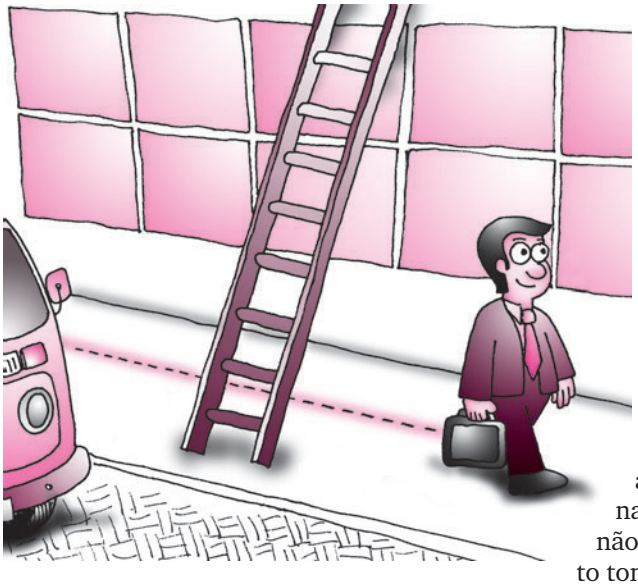
- Pensar no demônio é a prova evidente de que ela não ama a Deus? Ou existe uma explicação alternativa, como, por exemplo, de que é portadora de TOC e de que ter a mente invadida por esse pensamento de forma involuntária é um sintoma? O que é mais provável? (técnica das duas alternativas).
- Há evidências de que ela deixou de amar a Deus, ou há uma explicação alternativa?

- Se Deus é justo e bondoso, irá condená-la por algo que ocorre contra a sua vontade, que ela não deseja, mas que não consegue evitar, mesmo fazendo tudo o que está ao seu alcance?
- Deus compreenderá que ela é portadora de uma doença pela qual não tem culpa, que já sofreu bastante e que nada fez para merecer tal castigo? O que é mais coerente com suas crenças religiosas?

OBSESSÕES DE CONTEÚDO SUPERSTICIOSO

A terapia de exposição e prevenção de rituais é o principal recurso para o tratamento de obsessões e de rituais supersticiosos. O uso dessa técnica promove o enfrentamento dos medos, devendo o paciente fazer exatamente o contrário do que acredita, desafiando convicções erradas muito antigas, arraigadas e intensas.

O uso de técnicas cognitivas é mais difícil, exatamente porque são convicções sem lógica, e os acontecimentos são previstos para um futuro muito distante: é muito complicado apontar evidências ou dar garantias de que jamais poderão ocorrer. O questionamento deve centrar-se na crença errônea de que possa existir uma relação de causa e efeito entre o pensar e o acontecer. Essa crença subjacente é o nosso conhecido pensamento mágico, que confunde a lógica das relações de causa e efeito, considerando, pela simples razão de dois fatos ocorrerem simultaneamente, que um é a causa do outro ("meu time ganhou porque eu estava usando um boné vermelho"); ou que o simples toque pode transmitir propriedades, forças ou poderes malignos. Esse tipo de crença supervaloriza o poder do pensamento (pensar pode fazer acontecer), não se submetendo às leis da lógica e, conseqüentemente, da realidade; por isso mesmo, é difícil corrigi-lo apenas com o pensamento lógico, racional. Além disso, o paciente faz um raciocínio às avessas: "como nunca ficou provado que os medos não são verdadeiros, eles devem ser". E, como já comentamos, o medo, muitas vezes, dificulta ou impede o uso da razão.



Exposição e prevenção de rituais relacionados a obsessões de conteúdo mágico e evitações

A exposição a situações temidas em razão de medos supersticiosos e, conseqüentemente, evitadas pode ser feita de várias formas, como, por exemplo, visitar cemitérios, ler obituários, ir a velórios, entrar em funerárias, usar roupas pretas, marrons ou vermelhas (há pessoas acreditam que essas cores dão azar), passar debaixo de escada, fazer visitas em sextas-feiras 13, realizar um trajeto que "pode dar azar", pisar nas juntas das lajotas da calçada, etc. Como prevenção de rituais, o indivíduo deve abster-se de executar rituais de conteúdo mágico: não tocar na mesa ou na lajota antes de sair de casa, não alinhar os chinelos ou os livros na estante antes de deitar, não somar as placas dos carros, não fazer contagens para dar um número de sorte enquanto toma banho, não lavar os olhos ou tomar banho depois de ver algo que acredita que possa dar azar, etc. Se seus medos forem muito intensos e você não sentir coragem suficiente para enfrentá-los, poderá fazer esses exercícios acompanhado de um familiar ou, até mesmo, do terapeuta.

Eventualmente, você pode fazer atividades de exposição virtuais ou na imaginação, como ver imagens de cemitérios e assistir a filmes que contenham cenas de cemitérios ou cujos temas envolvam o sobrenatural (*O sexto sentido*, *O exorcista*, *As faces da morte*, etc.).

Em suma, você deve fazer o contrário daquilo que costuma realizar em função dos medos: usar as roupas com as cores que evita, sair nos dias "de azar", freqüentar os lugares que podem dar azar e não realizar os rituais que acha que impedem desastres futuros.

Técnicas cognitivas para tratar pensamentos de conteúdo supersticioso

É possível corrigir pensamentos de conteúdo supersticioso catastrófico (medo de desastres futuros, como incêndio da casa, acidente de carro, doenças, morte, metamorfoses, etc.) que supervalorizam o poder do pensamento (pensamento mágico, fusão do pensamento e da ação) usando duas técnicas cognitivas: questionamento socrático e testes comportamentais (que não deixam de ser uma modalidade de exposição). A principal vantagem das técnicas cognitivas é diminuir, pelo menos em parte, a ansiedade e possibilitar os enfrentamentos.

Digamos que você tenha certos medos supersticiosos, como a crença de que alguém da família vai adoecer se, à noite, antes de deitar, você não rezar três vezes determinada oração e depois não beijar a foto de sua família. Ou outra situação: seus pais lhe telefonaram avisando que estão viajando de carro. Você foi ao supermercado fazer algumas compras para recebê-los. Ao subir na escada rolante, o seguinte pensamento invade sua cabeça: "se eu pisar na escada ou sair dela com o pé esquerdo, eles poderão se acidentar". Para não correr o risco, você sobe de elevador. Além de se abster de realizar tais rituais e se expor, fazendo exatamente o contrário do que os seus medos lhe sugerem, ou seja, não rezando três vezes antes de deitar, não beijando a foto da família, pisando com o pé esquerdo na escada, etc., você pode fazer o questionamento socrático.

Questionamento socrático

Sobre cada um dos pensamentos automáticos catastróficos que lhe vieram à cabeça, faça as seguintes perguntas:

1. Que evidências tenho de que aquilo que imaginei pode, de fato, acontecer?
2. Há algum indício de que meus rituais previnem o acontecimento daquilo que temo? Qual a lógica? De que maneira?
3. Como posso provocar um acidente pisando com o pé esquerdo na escada rolante ou evitá-lo pisando com o pé direito?
4. Que evidências são contrárias a essas crenças?
5. Caso viesse a ocorrer o que imaginei (doença, acidente de carro), teria como comprovar que foi o fato de eu ter pensado que o provocou?
7. Ou poderia ocorrer por outros motivos? Quais?
8. O que _____ (fulano) diria sobre esses medos?
9. O que as pessoas diriam se o que pensei acontecesse?
10. O fato de eu pensar aumenta a probabilidade de que algo (bom ou ruim) aconteça? Tenho esse poder?



Lembretes

- Imagine se tudo o que você pensa viesse a acontecer!
- Esses pensamentos são possíveis, ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Isso é só uma obsessão!
- Isso é apenas o TOC!
- Pensar é apenas pensar, não é cometer ou praticar!
- Pensar não significa desejar!
- Pensar em algo ruim não é o mesmo que praticar ou cometer algo ruim!
- Pensar em algo ruim não significa que sou má pessoa!
- Não tenho jeito de envenenador de filho ou de homicida!
- Não é porque penso que as coisas acontecem ou deixam de acontecer. Imagine se eu tivesse todo esse poder!
- Meu pensamento não é tão poderoso a ponto de provocar ou de impedir que desastres aconteçam!

Testes comportamentais para obsessões de conteúdo supersticioso

São testes destinados a corrigir crenças distorcidas ou erradas sobre o poder do pensamento.

- "Se penso em algo, é porque deve ser importante". Caso você se identifique com essa crença, deve fazer o seguinte exercício: interromper suas atividades durante 20 minutos, distrair-se e, depois, lembrar-se de tudo o que lhe veio à mente. Depois, deve avaliar criticamente se considera importantes todos aqueles pensamentos.
- Responda às seguintes perguntas: a que pensamentos você dá importância? Eles não são relacionados ao TOC e aos seus medos? Não é essa a razão de eles assumirem tanto significado?
- Pense em uma celebridade e imagine que ela vai sofrer um acidente grave (de carro, queda de avião, etc.). No dia seguinte, verifique se isso aconteceu.
- Compre um bilhete de loteria na segunda-feira e pense que vai ganhar o prêmio principal. Confirme se tem o poder de fazer isso acontecer. Se você tem poder para provocar azares ou desgraças, deve ter o mesmo poder para provocar a sorte.



Lembrete

"Não lute contra seus pensamentos, mas resista às suas compulsões!" (Lee Baer)[113]

RESUMO E DESTAQUES

- Pensamentos impróprios se transformam em obsessões em virtude da importância e do significado que lhes são dados.
- Vigiar os pensamentos e tentar afastá-los só aumenta sua intensidade e sua freqüência.
- Pensamentos impróprios ou maus pensamentos são apenas sintomas do TOC, e não indicativos de que você possa vir a cometê-los.
- Esqueça seus pensamentos e não lute contra eles. Quanto menos importância você der a eles, mais rapidamente desaparecerão.
- Além de corrigir a interpretação errônea que você tem sobre seus pensamentos impróprios, identifique tudo o que você evita em função de tais pensamentos e se exponha, enfrentando seus medos.
- Aceite o fato de que sobre muitas questões que envolvem dúvidas é impossível ter total certeza. Desista de querer atingi-la, pare de ficar levantando argumentos contra ou a favor de uma determinada crença ou medo e aceite ficar com a dúvida e não ter certeza, simplesmente porque é impossível obtê-la.
- As exposições podem ser na imaginação: evocando intencionalmente os pensamentos, elaborando e lendo uma pequena história, em que você "cometa" os pensamentos ou visualize uma cena horrível.
- Essas exposições podem ser, também, virtuais: filmes, fotos, músicas.
- Faça testes comportamentais para comprovar que seus medos infundados não se realizam.
- Você tem que provar o poder que imagina ter com o seu pensamento para admitir que ele de fato existe. Se não conseguir, deve admitir a hipótese alternativa de que é portador de um sintoma do TOC e de que seus pensamentos e crenças sobre ter tal poder não têm qualquer fundamento.

Capítulo 14

DÚVIDAS, INDECISÃO E REPETIÇÕES; COMPULSÕES POR ORDEM, SIMETRIA, EXATIDÃO OU SEQÜÊNCIA (PERFECCIONISMO E INTOLERÂNCIA À INCERTEZA)

No presente capítulo, você vai conhecer um grupo de sintomas do TOC associados a crenças relacionadas com perfeccionismo e intolerância à incerteza. Incluem sintomas como repetitivas verificações, repetições e compulsões por ordem e alinhamento, além de obsessões por exatidão. Irá conhecer, ainda, um grupo de compulsões que não são precedidas por obsessões, mas pelos chamados fenômenos sensoriais.

Dúvidas e necessidade de ter certeza, seguidas de necessidade de obter confirmações e reasseguramentos, repetições, necessidade de controle, contagens e verificações, ruminações intermináveis, indecisão, atrasos, protelações, perdas de prazos, lentidão, entre outros, são sintomas bastante comuns no TOC, como tivemos oportunidade de observar em muitos dos capítulos deste livro. Por trás desses sintomas, acredita-se que a intolerância à incerteza e o perfeccionismo sejam os fatores de natureza psicológica que ativam tais obsessões e compelem os indivíduos a realizar as respectivas compulsões. Associadas a essas crenças, são muito comuns características de personalidade como autocrítica exagerada, níveis muito elevados de exigência ou de expectativas, culpa excessiva diante de qualquer falha (responsabilidade excessiva), escrupulosidade e necessidade de ter garantias de que erros não foram ou não serão cometidos (o que é impossível). É comum a interferência de tais sintomas no relacionamento familiar e, com muita freqüência, o comprometimento da produtividade.

Intolerância à incerteza, dúvidas e lentidão obsessiva também estão associados à necessidade de realizar verificações, sintomas já discutidos no Capítulo 11. Aqui, vamos falar a respeito dos sintomas que mais diretamente se relacionam ao perfeccionismo e à intolerância à incerteza, embora outras crenças, tais como exagerar o risco e a responsabilidade, também possam estar presentes, conforme será ilustrado nos exemplos práticos. Portanto, é inevitável alguma sobreposição de tópicos. É possível, ainda, que certos rituais, particularmente os relacionados à simetria, à seqüência ou ao alinhamento, ou mesmo algumas repetições, nem sempre sejam precedidos de um pensamento ou uma crença específica, o que não deixa de constituir uma limitação da teoria cognitiva. Tais sintomas relembram os tiques, e as pessoas os executam simplesmente porque "tem que...", sem uma explicação lógica e mais convincente. Vamos iniciar abordando esse grupo de crenças distorcidas para, em seguida, expor as diferentes estratégias da TCC para eliminar os sintomas a elas relacionados.

O QUE É O PERFECCIONISMO?

O perfeccionismo é a tendência a acreditar que existe a solução perfeita para cada problema, que fazer alguma coisa sem cometer erros não só é possível como desejável, e que mesmo erros pequenos têm sérias conseqüências. As metas exigidas não são apenas elevadas, como, muitas vezes, inatingíveis para a pessoa.[121,124] O perfeccionismo ocorre concomitantemente a outras crenças, como a necessidade de ter certeza ou a dificuldade de conviver com a incerteza e o excesso de responsabilidade, da mesma forma como ocorre em pacientes que têm obsessões de dúvidas seguidas de rituais de verificação ou de repetições.

O perfeccionismo se manifesta de diversas maneiras. Um tipo de perfeccionismo é o voltado para a própria pessoa. Manifesta-se sob a forma de exigências muito elevadas para consigo mesmo pelo fato de não tolerar falhas. As pessoas que têm esse tipo de crença se acham capazes de realizar as suas tarefas em casa ou no trabalho absolutamente livres de erros. As metas estabelecidas são, muitas vezes, inatingíveis ou requerem esforço fora do comum, o que leva as pessoas com essas características a lutarem permanentemente para atingi-las, sem obterem êxito. Em função desses níveis de exigências, repetem, conferem, perguntam, ruminam, alinham. Quando conseguem atingir seus objetivos, não o reconhecem ou não sentem satisfação, prazer ou alívio.

O perfeccionismo pode, ainda, ser voltado para os outros. As mesmas exigências e cobranças que orientam o comportamento da própria pessoa são estabelecidas em relação aos demais, como, por exemplo, membros da família, amigos, namorado(a), etc.

Um exemplo clínico

Uma paciente, insatisfeita com o fato de alinhar seus objetos no armário do banheiro, a colcha e o travesseiro de sua cama e de pentear as franjas do tapete (para que ficassem todas "no devido lugar"), também repetia o mesmo ritual alinhando os objetos do quarto dos pais, as cadeiras ao redor da mesa de jantar e os sofás da sala, entrando em conflito com os demais membros da família caso algum objeto ficasse fora de lugar. "Cada coisa tem que estar no seu lugar", repetia.

Finalmente, o perfeccionismo pode estar relacionado ao medo da crítica por parte dos outros: "se eu falhar, vão me criticar ou não gostarão mais de mim". Um paciente explicitava claramente as regras que norteavam seu comportamento e que, de certa forma, constituíam seu ideal de vida: "minha meta é a perfeição, se é que isso é possível. E, se não for possível, vou tentar fazer o mais perfeito que eu puder. A pior coisa é cometer uma falha". Essa declaração expressava algumas das crenças que o moviam a repetir tantas vezes determinada tarefa em seu escritório.

O mito de Sísifo

Sísifo é um personagem da mitologia grega conhecido pela sua perspicácia. A lenda mais conhecida conta que ele teria aprisionado Tânatos, a deusa da morte, quando esta veio buscá-lo e, assim, impediu por algum tempo que os homens morressem. Posteriormente, quando seu embuste foi descoberto e Tânatos, finalmente, pôde vir buscá-lo, usou um segundo embuste, argumentando para os deuses que deveria voltar para a Terra até seu corpo ser sepultado. Entre os gregos, ninguém poderia ser levado para o Hades – local para onde iam as pessoas depois da morte – sem que seu corpo estivesse sepultado. Mas esse segundo embuste também foi descoberto. Como castigo, foi condenado pelos deuses a eternamente levar nas costas um enorme bloco de mármore até o cume de uma montanha, sem nunca conseguir atingi-lo, pois, quando estava prestes a conseguir, o bloco escapava das suas mãos e rolava montanha abaixo, obrigando-o a recomeçar tudo de novo. O castigo de Sísifo, pelo seu caráter repetitivo, associado a grande sofrimento, e pelo seu objetivo inatingível, lembra o sofrimento dos portadores de TOC, particularmente os perfeccionistas, que se obrigam a repetições intermináveis para tentar atingir metas inexeqüíveis.

CRENÇAS DISFUNCIONAS RELACIONADAS AO PERFECCIONISMO E À NECESSIDADE DE TER CERTEZA E SINTOMAS ASSOCIADOS

A seguir, encontram-se alguns exemplos de sintomas que supostamente são reforçados por crenças relacionadas ao perfeccionismo, à intolerância à incerteza e à necessidade de controle.

Exemplos clínicos

Uma paciente apresentava grande dificuldade em receber visitas, já que ocupava grande parte do seu tempo em deixar a casa "perfeitamente arrumada" e as coisas "no lugar". Ficava extremamente ansiosa quando alguém tirava algum objeto do lugar e comentava: "se minha casa não estiver perfeitamente arrumada, minhas visitas vão pensar que sou desleixada. Por isso, quase não recebo visitas". Outra paciente não permitia que suas filhas arrumassem o quarto e as camas, pois só ela sabia "fazer direito". Passar a limpo cartas, bilhetes ou listas de supermercado; conferir inúmeras vezes um cheque recém preenchido ou uma assinatura; refazer somas; reler ofícios várias vezes, mesmo depois de não ter encontrado qualquer erro; ter dificuldades para tomar decisões banais, como escolher roupa, a gravata ou o sapato, fazer combinações de roupa; perder muito tempo alinhando os cabelos ou observando detalhes da pintura das sobrancelhas são exemplos, entre outros tantos, de sintomas derivados do perfeccionismo, da necessidade de ter certeza de que está fazendo a coisa certa, para não cometer falhas.

Veja, a seguir, a lista de afirmativas (crenças) que orientam tais comportamentos.

Crenças disfuncionais relacionadas ao perfeccionismo:

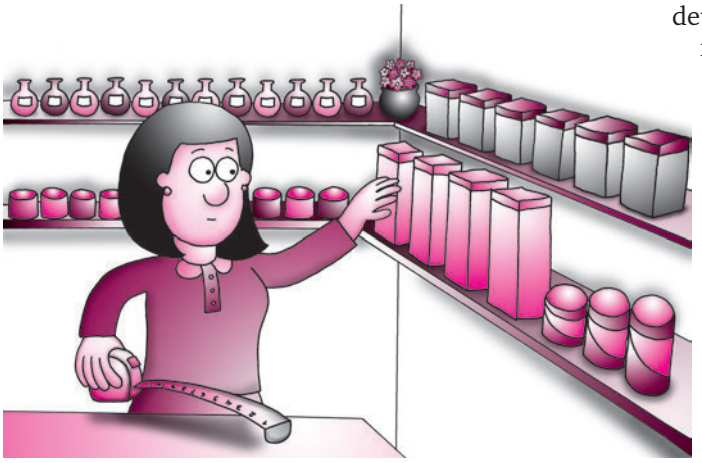
- A falha é sempre imperdoável, mesmo que seja involuntária ou não-intencional.
- Se me esforçar bastante, meu trabalho ficará perfeito!
- Por mais que me esforce, nunca será o suficiente!
- É possível fazer escolhas e achar soluções perfeitas!
- Se eu ficar pensando durante bastante tempo, posso tomar uma decisão melhor e não cometer erros!
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente!
- Se minha casa não estiver totalmente limpa e arrumada, as pessoas vão achar que sou desleixada!
- Se as minhas coisas não estiverem arrumadas, as pessoas vão gostar menos de mim!
- Uma vez cometi um erro e, por isso, nunca mais poderei confiar em mim!

O perfeccionismo é uma exclusividade do TOC?

O perfeccionismo não é característica exclusiva do TOC. Um certo grau de exigência faz parte do funcionamento normal das pessoas e até é necessário e útil, resultando em eficiência, produtividade, sucesso profissional, reconhecimento por parte dos outros e satisfação consigo mesmo. Contudo, em excesso, pode comprometer gravemente o desempenho, além de acarretar sofrimento. Nessas condições, deve ser considerado patológico. Além disso, o perfeccionismo faz parte também de outros quadros mentais, como a ansiedade generalizada (condição em que as pessoas estão sempre preocupadas, tensas e apreensivas, temendo que algo possa dar errado ou que aconteça algo de ruim consigo mesmas ou com as pessoas de sua família, e se sentem responsáveis por isso) ou como o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, em que os pacientes são rígidos, exigentes, pontuais, detalhistas, controladores e meticulosos em suas tarefas, etc. Gostam da sua própria maneira de ser, a qual consideram correta, e têm ansiedade quando falham (p. ex., se chegam atrasados). No TOC, além de sentir muita aflição com a possibilidade de ocorrer uma falha, o paciente realiza rituais como repetições, verificações e reasseguramentos com o intuito de atingir seus níveis de exigência e de ter certeza de que não existe nenhuma falha. Esses rituais comprometem seu desempenho, pois a pessoa acaba levando muito mais tempo para completar suas tarefas, o que interfere nas suas rotinas diárias e causa freqüentes conflitos em suas relações interpessoais.

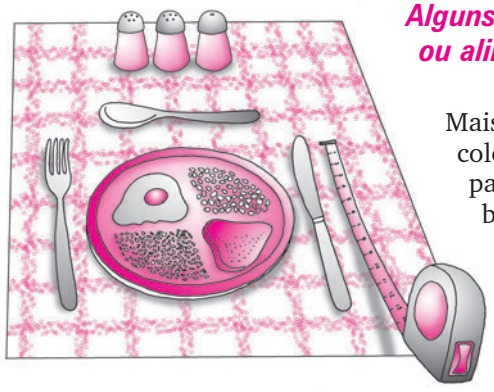
Compulsões por alinhamento, ordem, simetria e seqüência

Alguns pacientes têm a necessidade de que as coisas estejam "no seu lugar", exatas, simétricas ou alinhadas com algum ponto de referência (piso, lado da mesa) ou, então, de realizar sua rotina em



determinada seqüência ritualística (sempre a mesma). Não toleram que objetos estejam fora do lugar ou ligeiramente assimétricos. São sensações ou experiências "de que as coisas não estão exatamente certas", em inglês, *not just right experiences*.[140,141] Pacientes que apresentam esse grupo de sintomas costuma se envolver em conflitos com os familiares, os quais eles consideram "bagunceiros", desordeiros, desorganizados. São comuns os conflitos quando alguém desloca um objeto, uma cadeira, deixa algo fora de lugar ou em desalinho. Não satisfeitos em organizar suas coisas, interferem nas arrumações dos demais, mesmo gerando conflitos argumentando que não suportam as coisas fora do lugar. Um trabalho recente constatou que as compulsões de alinhamento estão relacionadas a crenças derivadas do perfeccionismo e da necessidade de ter certeza.[142]

Eventualmente, é possível identificar pensamentos que precedem o ritual, tais como: "não posso falhar" ou "a falha é imperdoável". É mais fácil identificar essas cognições quando envolvem responsabilidade. Mas, muitas vezes, o paciente não sabe justificar seu comportamento. Faz apenas "porque tem que ser..." ou "porque as coisas têm que estar no seu lugar...", "têm que ficar certas...". Da mesma forma, a necessidade de fazer as coisas em determinada seqüência, sempre a mesma, na maioria das vezes não tem justificativa mais clara: "faço porque tenho que fazer assim. Não consigo fazer diferente. Se tentar fazer diferente, vai me dar uma aflição e vou me sentir mal". São exemplos desse tipo de comportamento: fazer sempre, exatamente, o mesmo trajeto ao voltar para casa ou ao ir para o trabalho e, ao chegar em casa, ter de revisar as peças da casa na mesma seqüência. Como comentamos, tais rituais nem sempre são precedidos de um pensamento e lembram tiques.



Alguns exemplos de rituais de simetria, ordem ou alinhamento, para que as coisas "fiquem certas"

Mais alguns exemplos de rituais de simetria, ordem ou alinhamento: colocar pratos e talheres na mesa em certa ordem; arrumar as roupas, a toalha, o sabonete e alinhar o tapete do banheiro, para que o banho seja realizado em determinada seqüência; pentear as franjas do carpete para que fiquem "certas"; colocar as cadeiras ao redor da mesa e os objetos em cima da escrivaninha ou na prateleira, no lugar "exato"; alinhar os perfumes no banheiro por ordem de tamanho ou as roupas no roupeiro por cor, tamanho, etc., entre outros.

Mais exemplos clínicos de compulsões por alinhamento

Um paciente perdia muito tempo alinhando os dois laços do cadarço dos tênis, para que ficassem exatamente do mesmo tamanho; a camisa dentro das calças, para que não ficasse nenhuma dobra; e a fivela do cinto, exatamente no centro do abdome. Outra paciente perdia tempo estendendo os lençóis até que todas as dobras desaparecessem por completo, procurando deixar os lados da colcha absolutamente simétricos. Uma terceira utilizava fita métrica para garantir que as laçadas de um pacote de presente fossem iguais. Outros exemplos incluem alinhar quadros na parede, papéis e objetos na escrivaninha, guardar as roupas em pilhas absolutamente simétricas e organizar as porções de comida no prato de tal forma que não se misturem.

Necessidade de completar as tarefas (completude)

Alguns portadores de TOC não conseguem interromper uma tarefa sem tê-la completado. São compelidos por aquilo que alguns chamam de necessidade de completar (completude) e sentem-se obrigados a executarem a tarefa até o fim ou em número definido de vezes: sentar e levantar três vezes, por exemplo. Se a tarefa ou o ritual são interrompidos durante a sua execução, sentem grande desconforto e necessitam recomeçá-los. A prevenção do ritual consiste exatamente em interrompê-lo antes de sua finalização ou, então, em não repetir as tarefas em número definido de vezes. Não se identifica um pensamento precedendo esse tipo de ritual, mas apenas impulso, necessidade ou desconforto, que o paciente expressa com a frase "tenho de...".

Repetir porque "tem de..."

Repetições são sintomas muito triviais e também são a característica mais típica do TOC. Mesmo em indivíduos que não têm TOC, é comum, em momentos de ansiedade (como nos minutos que antecedem a divulgação do resultado de um exame importante ou de um concurso), realizar contagens, repetir frases, cantarolar uma música repetidamente, etc., procurando acalmar-se. Entretanto, os não-portadores, se desejarem, conseguem interromper tais atividades. No TOC, é interessante separar dois tipos de repetições: as que são precedidas apenas por uma sensação subjetiva de desconforto (estalar os dedos, olhar para o lado, dar batidas na parede, passar a mão no rosto), e as repetições que são precedidas por algum pensamento automático negativo, como "se eu não revisar meu trabalho novamente, vai escapar algum erro, e todo ele ficará prejudicado" ou "se eu não revisar minha lista, vou esquecer alguma coisa, e isso poderá me prejudicar". Estas últimas afirmativas expressam crenças relacionadas ao perfeccionismo, ao excesso de responsabilidade e à necessidade de ter certeza, que podem redundar em repetições intermináveis, lentidão, adiamentos e protelações, como constatado no caso dos verificadores, em que o paciente se alivia realizando a compulsão. Para o indivíduo portador de TOC, interromper tais repetições é motivo de grande aflição. Observe que algumas dessas verificações são rituais mentais, feitos sem que as demais pessoas percebam.

Mais alguns exemplos de rituais seguidos de crenças relacionadas ao perfeccionismo

- Repetir a pergunta para certificar-se de que ouviu a resposta certa.
- Reler o parágrafo para certificar-se de que gravou tudo na memória e de que não esqueceu nenhum detalhe.
- Revisar listas para não esquecer algo.
- Tentar relembrar a conversa para certificar-se de que não disse nada que possa ter ofendido a outra pessoa.
- Tentar relembrar todas as cenas do filme para certificar-se de que "captou tudo".
- Tentar relembrar todos os filmes estrelados por determinado ator ou os principais títulos de músicas de certo cantor.

Fenômenos sensoriais

Como comentamos, algumas compulsões não são precedidas de uma cognição propriamente dita (pensamento automático ou crença). São precedidas, sim, pelos chamados fenômenos sensoriais, estudados pelo grupo do professor Eurípedes Constantino Miguel Filho,[141] da Universidade de São Paulo. Tais fenômenos lembram muito os que antecedem os tiques e a tricotilomania, ou hábitos como roer as unhas, coçar a cabeça, enrolar os cabelos ou beliscar-se. São desconfortos físicos e necessidade ou urgência de realizar determinado ato, como tocar, olhar para o lado, esfregar, estalar os dedos, etc. Após a realização desses atos (rituais), o indivíduo sente alívio. O máximo de explicação que se obtém sobre por que são obrigados a realizar tais atos é: "eu tenho de...", "me dá alívio" ou "se eu não fizer, vou ficar muito ansioso".

TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS

Muitas vezes, não é possível identificar pensamentos automáticos ou crenças associadas aos rituais de alinhamento, seqüência, simetria ou mesmo às repetições. Nesses casos, podem-se utilizar, de imediato, as técnicas comportamentais, com preferência para a prevenção de rituais. Se forem identificados pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, podem também ser utilizadas técnicas cognitivas adaptadas para a situação específica.

Elaborando a lista dos sintomas

Quando você leu o Capítulo 7, deve ter preenchido um questionário (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235) elaborando a sua lista de sintomas do TOC e classificando-os pelo grau de aflição que sentiria caso evitasse os rituais e pelo grau de dificuldade que imagina que sentiria ao fazer os exercícios. Caso ainda não tenha feito essa tarefa, faça-a agora, para podermos utilizar as técnicas comportamentais e cognitivas no tratamento dos sintomas. Identifique, na lista de sintomas, os itens que você assinalou no tópico: "obsessões e compulsões por ordem, simetria, alinhamento, repetições, etc." e verifique o grau de aflição subjetiva ou de dificuldade atribuído a cada um deles.

Prevenção de rituais

Comece pelos exercícios de exposição e prevenção de rituais que considera mais fáceis ou que provocam menos aflição, deixando por último os mais difíceis. A seguir, serão mostrados alguns exemplos de exercícios de exposição e prevenção de rituais para quem pratica rituais de simetria, seqüência ou alinhamento. Lembre sempre que, ao realizar o exercício, ocorrerá um aumento súbito da ansiedade que, em seguida, diminui. Além disso, a cada exercício, tal aumento é menor, até desaparecer por completo – fenômeno conhecido como habituação.

Exemplos de exercícios de exposição e prevenção de rituais para compulsões de simetria, ordem e alinhamento

- Não verificar se as coisas estão bem arrumadas ou no seu devido lugar.
- Procurar quebrar qualquer seqüência da qual se sinta prisioneiro (andar sempre do mesmo lado da calçada, secar o corpo em determinada seqüência, revisar a casa em certa ordem, etc.).
- Procurar não alinhar colchas, toalhas, cadarços de sapato, roupas, etc., deixando-os, propositalmente, um pouco desalinhados ou fora do lugar habitual.
- Não gastar tempo medindo os lados da colcha, as toalhas, os laços do cadarço do sapato, etc., para ver se estão simétricos.
- Não alinhar papéis e objetos de forma minuciosa ou inteiramente peculiar em cima da escrivaninha ou na prateleira.
- Mudar com freqüência a ordem dos objetos da escrivaninha.
- Deixar os móveis da sala levemente fora do lugar.
- Não organizar objetos, como livros e revistas, de forma simétrica.
- Deixar as roupas um pouco em desalinho ou misturadas no seu guarda-roupa.
- Limitar o tempo que dedica para arrumar a casa.
- Inovar nas combinações de roupa.
- Evitar realizar tarefas de forma simétrica, como dispor o prato, o copo, os talheres e o guardanapo sempre na mesma ordem ou posição, sentar-se sempre no mesmo lugar, perder muito tempo arrumando as sobrancelhas, para que fiquem absolutamente simétricas, etc.
- Quando fizer um pacote, não medir os laços da fita para que tenham exatamente o mesmo tamanho.
- Não realizar contagens durante a execução das tarefas.
- Não perder tempo alinhando demasiadamente a roupa ao vestir-se.

Caso se surpreenda fazendo, por descuido, algum alinhamento, repetição, ou ruminação de dúvida, interrompa-o imediatamente usando o exercício "Pare", descrito mais adiante.

Exposição e prevenção de rituais para repetidores

As regras a seguir são formas de provocar a exposição e a prevenção de rituais em pacientes com sintomas relacionados à necessidade de ter certeza e ao perfeccionismo. Aplicam-se especialmente ao grupo de portadores, nos quais é fácil identificar pensamentos automáticos negativos ou catastróficos precedendo a realização dos rituais.

Regras para vencer a necessidade de ter certeza e o perfeccionismo (repetições)

- Evitar repetir tarefas ou trabalhos, atividade que visa à perfeição.
- Evitar repetir perguntas que tenham como objetivo ter certeza absoluta ou eliminar qualquer dúvida.
- Não repetir determinada atividade sempre na mesma seqüência (p. ex., ao chegar em casa, passar sempre pelo mesmo lugar; revisar as peças da casa na mesma ordem, etc.).
- Evitar protelações que tenham como objetivo eliminar o risco de cometer erros.
- Definir prazo para terminar uma tarefa.
- Marcar o tempo que deve dedicar a determinada tarefa, tentando diminuí-lo (p. ex., o dia e o horário de entregar a monografia).
- Evitar reler parágrafos, repassar filmes ou conversas para ter certeza de que registrou tudo e de que não esqueceu nenhum detalhe ou não disse nada errado.
- Tomar decisões sem ter certeza e correr o risco de entregar trabalhos com falhas, sujeitando-se a ouvir críticas.

Algumas dicas

Se você estabeleceu o número de vezes que deve repetir determinado ato (p. ex., lavar seis vezes cada lado do seu corpo, sentar e levantar três vezes, entrar e sair do quarto três vezes, passar pela porta duas vezes, etc.), deve quebrar essa regra, estabelecendo número diferente e, de preferência, fazendo o que os não-portadores de TOC fazem: não repetir. Também deve quebrar a simetria dos lados e abster-se de contar. Caso sinta necessidade de repetir a leitura de parágrafos ou páginas de um livro, de verificar várias vezes o ofício que escreveu ou a soma que realizou, estabeleça que irá repetir somente uma vez, mesmo que isso produza aflição por não fornecer certeza absoluta de que não escapou algum erro.

Lentidão obsessiva, repetições e adiamento de decisões e tarefas

As dúvidas obsessivas freqüentemente, se manifestam pela demora ou pela lentidão em realizar tarefas como vestir-se, arrumar-se para sair, comer, completar um trabalho, entregar a monografia, tomar decisões ou, até, levantar-se e sentar-se. Essas atitudes exasperam os familiares ou o chefe no trabalho, os quais podem, inclusive, perder a paciência. Entretanto, quanto maior é a pressão sobre o paciente para que se apresse, em geral, maior é a lentidão. Esta decorre da necessidade de conferir e de repetir determinada tarefa para que ela fique perfeita e sem falhas, de executá-la em certa ordem ou seqüência, de acompanhá-la realizando contagens, devendo executá-la em determinado número de vezes para dar sorte ou para que saia exata ou perfeita. Em muitos casos, crenças relacionadas ao perfeccionismo, à necessidade de ter certeza ou às dúvidas podem estar por trás das repetições, das postergações ou do receio de que as coisas não estejam ou sejam exatas. A demora e a indecisão geralmente são acompanhadas por dúvidas intermináveis (para não decidir errado), que dificultam a tomada de decisões e ocasionam a sua postergação. Como já comentado, essas dúvidas podem não ter motivo associado ou pensamento negativo que as preceda, consistindo simplesmente em lentidão extrema na execução das tarefas.

Em alguns casos, por trás de uma demora, por exemplo, no banho, pode haver uma crença de que a lavação deve ser perfeita e completa e de que você necessita ter certeza disso. Essa dúvida pode ser a responsável por demoras, muitas vezes de várias horas, embaixo do chuveiro. Nesses casos, é interessante, além de programar a redução gradual do tempo de banho, utilizar técnicas cognitivas, como o questionamento socrático, para eliminar tais crenças ("É possível ter certeza de que o banho foi perfeito e de que nenhum centímetro da pele ficou de fora? Qual a importância dessas certezas? Vale a pena perder tanto tempo para ter essas certezas?").

Exemplo clínico da necessidade de ter certeza

Uma paciente demorava de 3 a 4 horas no banho, esfregando, minuciosamente, cada centímetro quadrado de sua pele várias vezes e sempre em uma determinada ordem. Exigia a presença de um familiar para que desse garantia de que o banho havia sido perfeito, que nenhuma parte do seu corpo tivesse sido deixada de fora e que todas as partes do seu corpo estivessem perfeitamente limpas. Como não conseguia ter essas certezas, repetia interminavelmente as lavações, muitas vezes provocando dermatites.

Tarefas e tempos para tratar lentidão obsessiva, repetições e adiamentos

Esses problemas são mais difíceis de resolver, e, em geral, é necessária a ajuda de um terapeuta. As técnicas de exposição e prevenção de resposta podem ser as seguintes:

1. Observar o tempo que pessoas sem TOC levam para realizar determinadas tarefas e estabelecer esse tempo como meta para si mesmo (p. ex., determinar um tempo para o banho ou para arrumar-se e tentar atingir a meta). Essa técnica chama-se modelação do comportamento ou adequação de tarefas e tempos.
2. Estabelecer data ou horário definitivo para o término ou a entrega de um trabalho e cumpri-lo em quaisquer condições, mesmo temendo que contenha erros.
3. Realizar apenas uma (ou, excepcionalmente, mais de uma) conferência em documentos, ofícios, etc.
4. Abster-se de fazer repetições sem sentido (levantar e sentar três vezes, apagar e acender luzes, reler notícias do jornal ou parágrafos de livros).

Verificações mentais

Algumas verificações são mentais. Repassar listas ou filmes e relembrar cenas, diálogos ou frases para ter certeza de que não esqueceu de nenhum detalhe, de que não cometeu qualquer falha ou de que não disse algo inconveniente são alguns exemplos bastante comuns. Por enquanto, fica a recomendação de identificar quando essas compulsões ou ruminações mentais decorrentes de dúvidas iniciam e interrompê-las o mais rapidamente possível (prevenção do ritual). Uma atividade de interrupção do pensamento, também chamada de exercício do "Pare", será descrita logo a seguir. Mas, antes, apresentaremos outro sintoma muito comum: as ruminações obsessivas.

Ruminações obsessivas: como lidar com elas?

As ruminações obsessivas são muito comuns em indivíduos perfeccionistas e não deixam de ser uma forma de verificação mental, quando você repassa diálogos, passa horas raciocinando, levantando argumentos a favor e contra certas decisões, suscitando dúvidas sobre se o que fez, disse ou pensou foi certo ou errado, com a finalidade de chegar ao impossível estado de absoluta certeza de não ter cometido ou de não vir a cometer falhas. Às vezes, as ruminações são de culpa, acompanhadas de tristeza pela inconformidade com o fato de ter cometido um erro. Na maioria das vezes são inúteis, pois não aumentam o grau de certeza, gerando, na verdade, mais aflição. Além disso, falhas cometidas podem ser perdoadas, uma vez que tenham sido reconhecidas e assumidas por quem as cometeu. As seguintes medidas podem ajudar:

1. Identificar momentos de ruminação.
2. Realizar o exercício do "Pare".
3. Usar técnicas cognitivas de questionamento das vantagens e desvantagens de ruminar.
4. Fazer um questionamento das crenças subjacentes.

O exercício do "Pare de pensar" ou "Pare", aplicado a dúvidas ou ruminações obsessivas

O exercício do "Pare", utilizado no tratamento de compulsões mentais, que descrevemos no Capítulo 6 também pode auxiliar na interrupção de ruminações obsessivas. Essa técnica favorece a exposição a dúvidas e incertezas, constituindo, ainda, uma estratégia para a prevenção de rituais, especialmente se considerarmos a ruminação obsessiva uma forma de compulsão mental. Esse exercício pode ser útil não só para cessar rituais mentais, mas até mesmo rituais motores, tiques ou outros sintomas, como arrancar os cabelos, beliscar-se, roer unhas, etc., enquadrados nos chamados transtornos do controle dos impulsos. O exemplo a seguir se refere a ruminações, mas o exercício pode ser feito com cada um dos sintomas mencionados.

Passos do "Pare"

1. Preste atenção às situações, aos horários ou aos locais em que é assaltado por dúvidas e tentado a ruminá-las (repassar mentalmente dúvidas intermináveis). Prepare-se, com antecedência, para utilizar o "Pare".
2. Identifique o momento no qual a mente é invadida por uma dúvida que você não consegue esquecer, sobre a qual não consegue parar de pensar, em que começa a repetir para si mesmo argumentos favoráveis ou contrários; ou o momento em que é tentado a solicitar opiniões de outras pessoas ou a imaginar todas as conseqüências possíveis para chegar ao estado de absoluta certeza, de que não houve uma falha ou de que nada de ruim vai acontecer, o que, em geral, é impossível.
3. Ao perceber essas atividades, repita em voz alta: "Pare!" ou "Pare com isso!" procurando interromper a ruminação.
4. Juntamente com a frase, dê uma batida forte na mesa, bata palmas ou provoque outro estímulo para distrair-se e cortar o fluxo do pensamento.
5. Por fim, procure distrair sua mente ocupando-se com outras idéias ou com um estímulo mais intenso (ler, ouvir música) ou envolvendo-se em tarefas práticas (ver um filme, um programa de TV, telefonar para um amigo), desistindo de ter certeza ou de querer resolver o problema.

Ruminar produz grau maior de certeza?

Além do exercício do "Pare", as técnicas cognitivas são úteis para tratar ruminações. Inicialmente, é importante identificar os pensamentos automáticos e as crenças subjacentes. A crença subjacente à atividade ruminativa do paciente é a de que, se ficar ruminando por bastante tempo, poderá chegar a um grau de absoluta certeza, esclarecerá os fatos, chegará a uma conclusão definitiva ou de que vale a pena ficar "repassando o filme" ou relembrando diálogos para confirmar que guardou tudo na memória, que a falha cometida poderia não ter acontecido, ou se o que pensou é certo ou errado. Algumas técnicas cognitivas podem ser utilizadas em tais casos, com o objetivo de corrigir essas crenças. Uma delas é o questionamento socrático.

Exemplos de questionamentos:

Uma vez identificada a crença disfuncional, solicita-se ao paciente que aponte evidências de que, ruminando, pode chegar a um grau maior de certeza ou de que isso serve apenas para provocar aflição.

- A ruminação pode trazer alguma informação ou fato novo que auxilie no esclarecimento das dúvidas, ou isso é muito pouco provável e, talvez, até impossível?
- Ficar pensando ou argumentando aumenta o grau de certeza ou serve apenas para produzir mais aflição?
- Ficar pensando auxilia a tomar uma decisão melhor?
- O que de pior pode acontecer ao se cometer uma falha ou não tomar a melhor decisão?

Vantagens e desvantagens de ruminar

Um exercício interessante é avaliar as vantagens e as desvantagens de ruminar. Deve-se fazer o seguinte: dividir uma folha de papel em duas colunas. Na coluna da direita, escrever as vantagens (reais) de

ruminar e, na da esquerda, as desvantagens. Ambas devem ser reais, isto é, acontecerem na prática. Vantagens ou desvantagens duvidosas não devem ser incluídas. Atribui-se pontos (pesos) a cada uma das razões, soma-se o total de pontos de cada coluna e analisa-se qual delas predomina. É importante lembrar que a ruminação, de modo geral, não aumenta o grau de certeza – apenas mantém a aflição. Veja os exemplos de exercícios de vantagens e desvantagens descritos mais adiante neste capítulo.

Exposição e prevenção de rituais para compulsões ou repetições precedidas de fenômenos sensoriais

Inicialmente, você tem de identificar as situações em que faz contagens, repete números ou frases (p. ex., lê as placas dos carros, conta as janelas dos edifícios sempre que sai à rua, necessita memorizar frases de letreiros ou de anúncios luminosos). Deve reconhecer, também, as ocasiões que o deixam inquieto, aflito, ou em que tem sensações corporais ou físicas desagradáveis que o induzem a realizar um ritual para se aliviar (estalar os dedos, roçar, tocar, olhar para o lado) mesmo que nada lhe passe pela cabeça. Uma vez identificadas as situações em que é levado a realizar tais rituais, você deve planejar, com antecedência, a abstenção de executá-los. Então, na ocasião propícia, abstenha-se de realizar o ritual. Algumas medidas podem auxiliar a diminuir a ansiedade, como, por exemplo, associar alguma forma de distração (ler um jornal ou revista, ouvir uma música, fazer algo de que gosta). Distraindo-se, a ansiedade diminui e passa mais rapidamente.



Lembretes

- É preciso aprender a conviver com questões não-resolvidas, com incertezas e dúvidas!
- Na vida há muitas questões sobre as quais é impossível ter certeza!

TÉCNICAS COGNITIVAS PARA CORRIGIR CRENÇAS DISFUNCIONAIS RELACIONADAS AO PERFECCIONISMO E SINTOMAS DECORRENTES

Vejamos algumas técnicas cognitivas que são de uso mais geral e que, em combinação com o terapeuta, poderão ser utilizadas nas inúmeras situações criadas pelo perfeccionismo e pela intolerância à incerteza. Como em outras circunstâncias, você deve identificar os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas – compulsões por ordem, simetria, alinhamentos, repetições – e faz um registro dos pensamentos disfuncionais (Formulário 9 do Caderno de exercícios, p. 254), para depois realizar algum dos exercícios apresentados a seguir.

Questionamento socrático

Caso você tenha identificado em si mesmo rituais decorrentes de perfeccionismo ou da necessidade de ter certeza, pergunte se, efetivamente, concorda com essas crenças e regras:

- É sempre possível ter certeza na vida?
- É sempre possível fazer a melhor escolha?
- O que é melhor: ficar paralisado até ter certeza ou arriscar?
- Tendo certeza, sempre fazemos as escolhas certas e achamos soluções perfeitas? O que é mais provável?
- Cometer erros é sempre muito ruim? As conseqüências são sempre desastrosas?
- Uma falha sempre representa um fracasso. Você concorda com essa afirmação?
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente. Você é capaz de justificar, com argumentos convincentes, essa afirmativa?

O duplo padrão de julgamento

O portador de TOC apresenta um tipo de disfunção cognitiva conhecida como duplo padrão de julgamento. Essa expressão se refere ao fato de ter maneiras ou critérios diferentes de fazer avaliações (julgar, considerar certo ou errado) em relação aos outros e a si mesmo. Normalmente, ele é realista ou até excessivamente tolerante em relação aos outros, mas demasiadamente rígido ou rigoroso consigo mesmo. Usa dois pesos e duas medidas. Identificar o duplo padrão possibilita perceber o quanto determinada exigência é excessiva.

Questionando o duplo padrão

Uma das crenças relacionadas ao perfeccionismo é a de que a falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não-intencional. Você deve analisar como avaliaria uma falha sua: digamos que, ao sair de casa, você esqueceu de revisar as janelas e, ao voltar, percebeu que haviam ficado abertas e não se perdoou por isso. Depois, deve imaginar que o mesmo tenha acontecido com um amigo. Você o condenaria da mesma forma? É tão intolerante com as falhas dos amigos quanto o é em relação às suas?

Vantagens e desvantagens de ser perfeccionista

Pode-se fazer o exercício de comparar as vantagens e as desvantagens em relação a qualquer ritual derivado do perfeccionismo que consuma muito tempo. Vamos tomar como exemplo a compulsão por manter a casa absolutamente arrumada.

Inicialmente, você faz uma lista das vantagens e das desvantagens de manter a casa sempre muito limpa ou muito arrumada. Aproveita para identificar as crenças subjacentes a cada uma das afirmativas e, se quiser, questiona as evidências a favor ou contra. Nesse exercício, coloca-se em uma folha de papel, de um lado, as vantagens e, do outro, as desvantagens, como nos pratos de uma balança. Depois, as duas listas são comparadas para ver se as vantagens compensam as desvantagens.

Vantagens e desvantagens de manter a casa sempre muito arrumada

- **Vantagens**
  - Sinto-me melhor.
  - Provei que não sou preguiçosa.
  - A família espera isso de mim.
  - Vão gostar mais de mim.
  - Vão me respeitar mais.
  - Significa que sou competente.
  - Posso receber visitas.
  - Meu tempo estará ocupado.
- **Desvantagens**
  - Não tenho tempo para nada.
  - Todo o tempo livre é gasto em limpar ou arrumar.
  - Não tenho tempo para me divertir ou para ficar com a minha família.
  - Deixo de fazer outras coisas importantes, como telefonar para os amigos, visitar pessoas, fazer ginástica ou ir ao salão de beleza.
  - À noite, sinto-me exausta.
  - Minha família reclama que gasto tempo demais em arrumações.
  - Os membros da minha família não podem ficar à vontade em casa.
  - Tenho conflitos freqüentes com meus familiares quando desarrumam as coisas.

Vantagens e desvantagens de fazer repetições

Pacientes com tendência a querer memorizar tudo (páginas de livro, notícias de jornal ou aulas) podem ser auxiliados por meio do exercício proposto pela dra. Gail Steketee.[143] Trata-se de relacionar, em uma coluna, as vantagens de lembrar tudo e, na outra, as desvantagens. O modelo pode ser

utilizado para outras situações (anotar, repetir, perguntar). Avaliando os dois lados, pode-se concluir se vale a pena ou não gastar tanto tempo e ter tanto sofrimento tentando lembrar tudo.

Vantagens e desvantagens de tentar lembrar tudo

- **Vantagens**
  - Certeza de lembrar de tudo.
  - Certeza sobre detalhes triviais.
  - Despreocupação e distração.
- **Desvantagens**
  - Frustração por não consiguir se lembrar.
  - Dúvidas freqüentes sobre incerteza.
  - Inúmeras estratégias, rituais e truques para tentar lembrar.

Descatastrofização (seta descendente)

As conseqüências de cometer falhas imaginadas pelos portadores de TOC com crenças relacionadas ao perfeccionismo são geralmente muito maiores do que ocorre na realidade. O medo e as aflições, entretanto, estão diretamente ligados a tais imaginações (são provocados por elas). Como já comentamos, de acordo com a teoria cognitiva, os pensamentos influenciam as emoções e a conduta. A seta descendente é um exercício no qual você vai respondendo à pergunta "o que de pior pode acontecer se, por acaso...". As respostas, na verdade, correspondem a pensamentos automáticos catastróficos que você, depois, poderá corrigir, utilizando algumas das técnicas cognitivas aprendidas.

Faça o exercício prático a seguir como recurso para corrigir os pensamentos distorcidos, diminuindo, conseqüentemente, a aflição, a necessidade de fazer rituais de repetição e a evitação de situações em que possam ocorrer falhas, assim como as postergações, as repetições, etc.

Seta descendente: exercício prático

Imagine uma situação real, na qual você possa cometer falhas, tomar uma decisão errada, entregar um trabalho com erros, esquecer um compromisso assumido, etc. Faça as seguintes perguntas:

- Caso eu cometa uma falha (esquecer um compromisso importante, ir a uma festa com uma roupa totalmente inadequada), o que de pior pode acontecer?
- O que, de fato, vai acontecer?
- Se acontecer o pior, quais serão as conseqüências reais?
- Se acontecer o pior, vou sobreviver?
- As pessoas vão me odiar para sempre?

Lembre-se de uma situação real em que, por exemplo, você esqueceu o ferro de passar roupas ligado e, quando chegou em casa, seus vizinhos estavam assustados porque havia fumaça saindo pela janela do seu apartamento. Repita as perguntas anteriores e preste atenção às suas respostas. É importante registrar que, por pior que sejam as conseqüências, você sobreviverá.



Lembretes

- Em caso de ruminação obsessiva e dúvidas: pare de pensar!
- Em caso de verificações, lavagens excessivas, rituais mentais: pare com isso!
- Ruminação obsessiva, dúvidas: isso é o TOC!
- Por mais que eu queira, jamais vou conseguir ser perfeito!
- Minha aflição e minha ruminação obsessiva não vão influenciar o rumo dos acontecimentos, portanto, são inúteis!
- Não sou perfeito!
- Nenhum ser humano é perfeito!
- Não tenho que...!
- Mesmo que eu fique pensando bastante, meu grau de certeza não vai aumentar!

RESUMO E DESTAQUES

- Dúvidas, indecisão, repetições, postergações, necessidade de alinhar de forma excessiva os objetos, medo excessivo de cometer erros são sintomas do TOC que interferem no desempenho das pessoas e que, com freqüência, provocam conflitos com familiares, chefes, colegas ou até com amigos.
- Acredita-se que esses rituais sejam decorrentes de crenças relacionadas à intolerância à incerteza ao perfeccionismo. Eles têm por objetivo eliminar a ansiedade decorrente de possíveis falhas e as conseqüentes críticas.
- Um grupo de rituais caracterizados por serem essencialmente repetições, como tocar, raspar, estalar os dedos, não costumam ser precedidos por pensamentos negativos ou crenças distorcidas e, sim, por desconforto físico ou emocional – os fenômenos sensoriais.
- No tratamento desses sintomas, são utilizadas as técnicas de exposição (a dúvidas e a incertezas) e de prevenção de rituais, tais como desalinhar objetos, marcar prazos e tempos para realizar determinadas tarefas, além de questionar os pensamentos e crenças subjacentes a tais comportamentos.
- Outras técnicas comportamentais são os exercícios que envolvem tarefas e tempos e o "Pare".
- O "Pare" é um exercício particularmente útil para interromper rituais, especialmente rituais mentais e ruminações obsessivas, mas não deve ser utilizado para afastar obsessões e, em particular, pensamentos de conteúdo impróprio.
- Técnicas cognitivas como o questionamento socrático, o exercício das vantagens e das desvantagens (de manter a casa sempre arrumada, de repetir, de tentar lembrar tudo), a seta descendente (o que de pior pode acontecer se eu cometer uma falha) e o uso de lembretes podem ser de grande utilidade no tratamento dos sintomas derivados do perfeccionismo e da necessidade de ter certeza.

Capítulo 15

COMPULSÃO POR ARMAZENAR, GUARDAR OU POUPAR (COLECIONISMO)

No presente capítulo, você vai conhecer um sintoma bastante distinto de todos os que descrevemos até agora: a compulsão por armazenar, guardar, poupar, também chamada de colecionismo ou de colecionismo patológico. Os portadores desse transtorno têm a necessidade compulsiva de adquirir, guardar e acumular os mais variados tipos de objetos, em geral, sem utilidade, e sofrem quando são obrigados a descartá-los. Muitos colecionistas relatam pouco ou nenhum desconforto com o problema e não reconhecem a sua gravidade. É importante distinguir o colecionismo patológico, considerado um sintoma do TOC, de outros hábitos de colecionar ou guardar que não sejam patológicos. Você irá conhecer os tratamentos existentes para esses sintomas, especialmente as técnicas cognitivo-comportamentais adaptadas para eles.

Todos nós conhecemos uma ou mais pessoas que têm por gosto ou *hobby* colecionar os mais variados objetos: carros antigos, selos, réplicas de automóveis ou aviões, latas de refrigerante, copos de cerveja, cinzeiros, rádios antigos, armas, cartões postais, discos de um compositor ou cantor, etc. Normalmente, esses colecionadores pertencem a grupos que se especializam em determinado objeto, trocam informações pela internet, permutam com outros colecionadores os itens que possuem em duplicata (daí a expressão "trocar figurinhas"), restauram, fazem exposições ou eventos para mostrarem suas coleções e auxiliam outros colegas a completá-las, estabelecendo uma saudável convivência social a partir de uma motivação, que é o cultivo do *hobby*.

Muitos têm verdadeiros museus bem organizados em suas casas, com todos os itens catalogados. A própria coleção tem razão lógica de existir: preservar a memória (p. ex., do automóvel, de tipos de armas, da evolução do rádio ou de aparelhos de som, de selos, de filmes), tendo, portanto, valor histórico ou cultural. Pode, ainda, centrar-se em determinado tema (pássaros, borboletas, viagens espaciais, CD's do cantor preferido, etc.). Outros objetos, como fotos antigas, cartões postais, louças, toalhas, lençóis, *souvenirs*, são guardados devido ao seu valor afetivo, por serem lembranças de situações, de momentos inesquecíveis, de pessoas que nos foram muito queridas, ou, ainda, de pessoas famosas.

Finalmente, uma situação comum para realizar armazenagens é durante momentos de escassez. Muitos de nós lembramos de um período ainda recente (o plano Cruzado) em que muitos alimentos, como carne, feijão, arroz, assim como combustíveis nos postos de gasolina e, até mesmo, automóveis nas revendas, começaram a faltar, em virtude do tabelamento de preços e do racionamento. Antes do referido plano, a inflação era muito alta e corroía o poder aquisitivo ou o valor de troca da moeda. Por conseguinte, era comum as pessoas receberem o seu salário e, no mesmo dia, adquirirem tudo o que pudessem de mantimentos e armazená-los. Todos nós sabemos que, em períodos de guerra, na iminência de desastres naturais ou de escassez, é comum as pessoas armazenarem mantimentos para garantirem sua sobrevivência. Uma determinada seita religiosa obriga todos os seus seguidores a terem água e mantimentos armazenados no porão de suas casas para sobreviverem, pelo menos, por um ano. Curiosamente, certas espécies de animais, como os roedores, armazenam alimentos para o inverno de forma instintiva. Esses comportamentos não devem ser considerados sintomas do TOC.

Mas nem sempre existe uma linha divisória nítida entre a tendência a guardar objetos por *hobby*, por razões afetivas ou por risco de escassez e a compulsão por guardar objetos, às vezes, sem valor ou utilidade, ocupando espaços que deveriam ser utilizados para outras finalidades. Esse comportamento pode constituir o sintoma do TOC denominado compulsão por armazenar, colecionismo patológico ou, simplesmente, colecionismo.

O termo colecionismo designa o comportamento caracterizado pelo armazenamento excessivo e desordenado de objetos sem utilidade e pela dificuldade de descartá-los.

Embora na literatura exista a discussão sobre se o colecionismo pode ser sintoma de vários transtornos ou se é uma síndrome (conjunto de sintomas que pode ter vários diagnósticos e várias causas), a tendência atual é considerá-lo um sintoma do TOC.[144] Vejamos, então, o que caracteriza o colecionismo, sintoma muito comum no transtorno obsessivo-compulsivo.

COMPULSÃO POR ARMAZENAR OU COLECIONISMO

Freud já havia chamado a atenção para a tendência de alguns pacientes portadores de TOC a guardarem ou reterem objetos, a serem parcimoniosos ou mesquinhos e a terem grande dificuldade para descartar coisas inúteis. A compulsão por armazenar é um sintoma bem conhecido do TOC e é definida como a aquisição e a dificuldade em descartar objetos que, aparentemente, não têm utilidade e/ou são de pouco valor.[144] Os pacientes portadores de TOC com o sintoma colecionismo se distinguem pela grande quantidade de coisas que guardam (e que a maioria das pessoas considera como absolutamente sem utilidade), por seu apego emocional aos objetos e pela enorme dificuldade em descartá-los. O argumento para não jogá-los no lixo é o de que tais objetos possam ser necessários, fazer falta ou ter alguma utilidade no futuro, perdendo-se a noção do que é razoável.

Os pacientes parecem sentir-se mais seguros armazenando objetos. Na maioria das vezes são roupas, revistas, jornais velhos, notas fiscais antigas, mantimentos, embalagens vazias, trabalhos escolares antigos, sacolas, cartões e cartas. É comum, ainda, guardarem ferramentas ou aparelhos elétricos danificados e sem possibilidade de conserto, recortes de revistas ou de jornais, roupas e sapatos que não serão mais utilizados, que deixaram de servir ou que saíram de moda, e, às vezes, objetos absolutamente sem sentido, como lâmpadas queimadas, palitos de fósforo usados, etc. Tais objetos ou papéis acabam ocupando espaços enormes, além de acumularem poeira, fungos e ácaros. Não raro, os objetos são guardados de forma amontoada, seja no forro da casa, na garagem, em armários ou, até mesmo, nos corredores, muitas vezes atravancando os espaços, dificultando a circulação das pessoas e impedindo o uso de peças da casa para o qual foram destinadas. Com o tempo, o próprio paciente perde o controle dos objetos armazenados, não sabe mais o que tem e nem onde estão, apresentando grande dificuldade em localizá-los, o que pode ser motivo de muita aflição.

Compulsão por poupar

Também é bastante comum a compulsão por poupar dinheiro, associada a desconforto e culpa diante de qualquer gasto, por mais insignificante que seja. O paciente pode chegar a extremos de ser incapaz de comprar roupas ou até mesmo alimentos "para não gastar". Há o controle rigoroso de todos os gastos seus e dos familiares e necessidade incontrolável de poupar. O que faz suspeitar que esse comportamento seja sintoma do TOC é o caráter compulsivo do poupar, o elevado grau de mesquinhez, destoante da situação econômica real do paciente, o grande sofrimento ou a aflição diante de qualquer gasto, além do tempo despendido em verificações de contas bancárias e contagens de dinheiro.

Exemplos clínicos

Um paciente havia conseguido acumular uma formidável fortuna, que guardava em uma caderneta de poupança, pois se sentia inseguro em fazer outros tipos de aplicações que poderiam ser mais rentáveis. Certamente era uma das pessoas mais ricas da sua cidade. Era incapaz de comprar uma camisa para si e, quando o fazia, era com grande sofrimento, muitas reclamações e protestos, "pois ficaria mais pobre". Tinha de ser levado à loja forçado pela esposa. Uma outra paciente tinha brigas freqüentes com seu marido quando este comprava um par de sapatos ou um par de tênis, mesmo admitindo que os tênis antigos estavam furados ou os sapatos gastos e que as compras eram mais que justificáveis.

Estima-se que entre 18 e 31% de todos os portadores de TOC apresentem compulsões de armazenagem,[144] com os sintomas surgindo entre os 20 e os 30 anos. Não foram notadas diferenças entre homens e mulheres. Um outro dado interessante é a alta ocorrência do colecionismo em familiares. Um estudo verificou que 90% dos pacientes relatavam história familiar de colecionismo, e 80% haviam crescido com algum familiar que apresentava o mesmo tipo de comportamento. Entretanto, outros estudos encontraram índices bem menores. Não se sabe o quanto, mas acredita-se que esses pacientes teriam aspectos neurofisiológicos distintos daqueles encontrados em portadores de outros sintomas do TOC. Também não se sabe se algum tipo específico de aprendizagem (ver outras pessoas guardando coisas ou aprender que se deve guardar os objetos, mesmo sem saber se podem ter qualquer utilidade no futuro) pode auxiliar no surgimento dos sintomas.

O colecionismo seria uma forma distinta de TOC?

Aparentemente, o colecionismo constitui uma modalidade distinta de TOC. Em seu estudo clássico, Leckman[29] separou o colecionismo de outros três grupos (ou dimensões) de sintomas do TOC: verificações e obsessões de conteúdo sexual e agressivo; compulsões por ordem, simetria e repetições; e obsessões por contaminação e rituais de lavagem.

Um segundo estudo, com 150 pacientes selecionados de um grupo de 354 portadores de TOC, procurou verificar a resposta ao tratamento farmacológico relacionando os resultados com 13 categorias principais de sintomas. Os autores observaram que os pacientes que tinham altos escores em obsessões ou compulsões de colecionismo apresentaram uma resposta pobre ao tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) como a fluvoxamina, a fluoxetina, a sertralina e a paroxetina, indicando que a presença de colecionismo está associada a uma menor resposta ao tratamento farmacológico e apoiando a idéia de que se trata de um grupo distinto de sintomas. [145] Vários estudos foram feitos para testar essa hipótese.

Um estudo recente realizado por pesquisadores da John Hopkins University, comparou 235 pacientes portadores do TOC que apresentavam colecionismo com outros 389 não-colecionistas. Os pacientes com colecionismo apresentavam mais freqüentemente obsessões por simetria e compulsões por organizar e fazer contagens. Apresentavam, ainda, um *insight* menor sobre a doença, dificuldade em iniciar e completar uma tarefa e indecisão. Com mais freqüência, apresentavam fobia social, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva e dependente, além de traços de personalidade como mesquinhez, preocupação com detalhes, dificuldade em tomar decisões, comportamento ou aparência excêntricos e pensamento mágico. Colecionismo e indecisão foram mais freqüente nos familiares dos pacientes colecionistas, sugerindo a possibilidade de uma herdabilidade desse tipo de TOC.[146]

O colecionismo também parece ter uma resposta diferente aos tratamentos usuais para o TOC e é considerado um sintoma difícil de tratar. Um estudo recente realizado na Alemanha com 104 pacientes observou que, dentre os sintomas OC, o colecionismo foi o que menos respondeu à terapia cognitivo-comportamental.[30] A pouca resposta dos colecionistas aos tratamentos tradicionais para o TOC (inibidores da recaptação de serotonina e terapia cognitivo-comportamental) reforça a hipótese de se tratar de uma forma ou dimensão do TOC distinta das demais.

Em relação à neurofisiologia, o colecionismo também parece ser um grupo distinto dentro do TOC. Um estudo recente detectou um padrão específico de ativação cerebral no giro pré-central esquerdo e no córtex orbitofrontal direito em pacientes colecionistas, distinto do que ocorre em pacientes com outros sintomas. Essa hiperativação ocorria em situações nas quais tais pacientes eram obrigados a descartar seus objetos.[32] Por último, um estudo genético com 219 famílias de pacientes que apresentavam colecionismo identificou o cromossomo 14 como ligado a esse sintoma.[147]

Quando o colecionismo é problema?

O colecionismo se torna problema quando a necessidade de armazenar e de juntar toda sorte de objetos começa a interferir na vida diária ou quando a quantidade de coisas armazenadas é tão grande que espaços importantes começam a ser ocupados com quinquilharias ou com objetos sem utilidade, em detrimento do funcionamento da casa e da circulação das pessoas. Também é um pro-



blema quando os objetos atravancam salas, quartos, corredores ou fazem com que falte espaço para guardar outros itens mais necessários.

Como já mencionado, alguns colecionistas chamam a atenção pela absoluta inutilidade dos objetos que guardam, como palitos de fósforo queimados, canetas esferográficas sem tinta, caixas de fósforo ou carteiras de cigarro vazias, roupas velhas ou sapatos gastos. Tais objetos são mantidos, simplesmente, pela dificuldade de jogar fora, sem que haja pensamento ou crença subjacente ("vai ser útil no futuro", "o que vai ser de mim se eu necessitar e não encontrar", etc.). Alguns comportamentos comuns desses pacientes são juntar objetos na rua, como parafusos e porcas, normalmente enferrujados, e até mesmo lixo, como baganas de cigarro; repassar as cabines telefônicas para encontrar cartões telefônicos ou freqüentar ferros-velhos à cata de quinquilharias. É comum não resistirem e comprarem sucatas sem nenhuma utilidade.

Mais exemplos clínicos

Uma paciente tinha dezenas de caixas de sapatos vazias, que ocupavam praticamente uma peça inteira de seu pequeno apartamento. Eram guardadas porque "poderiam ser úteis no futuro". Um outro paciente guardava jornais para ler mais tarde. A quantidade de jornais velhos era tão grande (mais de um metro de altura) que, nem dedicando várias horas do dia para a leitura durante o ano todo ele poderia cumprir tal tarefa ou, pelo menos, reduzir a "montanha". Uma outra paciente tinha um quarto inteiro de roupas usadas e já empacotadas por não servirem mais para o uso, mas não conseguia descartá-las. Eventualmente, o problema pode assumir grandes proporções, com repercussões não só para os familiares, mas também para os vizinhos. Recentemente, em uma grande cidade, a polícia foi acionada para resolver o problema do mau cheiro proveniente de uma residência onde uma senhora idosa guardava verdadeiras montanhas de lixo, inclusive de matérias orgânicas, que exalavam mau-cheiro. Foram necessários vários caminhões para retirar o lixo, o que foi feito sob protesto da referida senhora.

Armazenagem excessiva de comida

Comentamos que a armazenagem de comida em situações de escassez ou de guerra não só é comum como pode ser essencial para a própria sobrevivência. Entretanto, a armazenagem de mantimentos fora de períodos de escassez pode constituir sintoma. O que caracteriza o colecionismo é o excesso de armazenagem, acumulando mantimentos muito além das possibilidades concretas de consumo, muitas vezes acarretando problemas, como a deterioração ou o vencimento dos prazos de validade dos produtos.

Um exemplo clínico

Um paciente, buscando sempre aproveitar as ofertas das redes de supermercado (já que só comprava ofertas), chegou a ter em sua garagem/despensa um armário com 37 portas (fazia questão de mencionar o número), que ocupava toda a extensão de sua casa, da frente aos fundos, e mais sete *freezers* para guardar congelados.

Em um exemplo extremo, podemos citar o magnata Howard Hughes, portador de TOC grave, que guardava, inclusive, as fezes e a urina.

Diagnóstico diferencial do TOC com outros transtornos

A compulsão por armazenar pode estar presente em quadros mais graves ou em outros transtornos além do TOC, como no transtorno de Asperger, no autismo, na esquizofrenia, na demência, na anorexia nervosa, na síndrome de Prader-Willi e na síndrome do lobo frontal. Nesses casos, a compulsão sempre vem acompanhada de outros sintomas. No transtorno de Asperger, por exemplo, há comprometimento acentuado da capacidade de interagir socialmente, padrões restritos de interesses e atividades e padrões repetitivos de comportamento, entre os quais pode se situar a compulsão por colecionar determinado item.

A síndrome de Diógenes

Outra condição da qual o colecionismo deve ser distinguido é a chamada síndrome de Diógenes. Não é um quadro muito freqüente, mas vale a pena conhecê-lo como curiosidade. Diógenes foi um filósofo fundador da Escola Cínica de filosofia. Os cínicos eram altamente niilistas e desenvolveram um pensamento cético, pondo em questão todas as supostas verdades absolutas. Negavam o prazer, o dinheiro, a propriedade, o casamento, a família, a educação e a pátria, conceitos fundamentais do pensamento clássico grego. Pregavam o abandono da sociedade e uma vida de renúncias, caso se quisesse mesmo alcançar a igualdade. Como os demais seguidores dessa escola, Diógenes desprezou ostensivamente os poderosos, as convenções sociais e a própria ciência. Para ele, a única forma de vida aceitável seria viver conforme a natureza. Vários episódios pitorescos sobre ele são relatados. Levando ao extremo a atitude de desprezo pelas convenções sociais, o filósofo tinha como casa um barril e vestia-se de trapos. Caminhava pela cidade com uma lamparina acesa, mesmo de dia, afirmando aos que o interrogavam que procurava "um verdadeiro homem" – aquele que vivesse de acordo com a natureza.

Não está claro o quanto essa apresentação constitui verdadeira síndrome ou é decorrência de outros transtornos, como condições demenciais comuns nessa idade. Como já mencionado, a deterioração do ambiente ao redor e, em alguns casos, dos próprios hábitos de higiene é muito comum em portadores de TOC com compulsões de armazenar.

> A síndrome de Diógenes designa um quadro que ocorre em pessoas idosas, caracterizado por extrema negligência com o ambiente à volta e pelo armazenamento de grande quantidade de itens sem utilidade, como garrafas, latas de refrigerante, jornais, trapos ou lixo.[144]

Características comuns dos colecionistas[148]

- Situações que causam desconforto
  - Quando são obrigados a jogar fora ou a dar algum dos objetos que guardam ou armazenam.
  - Quando outra pessoa mexe nos objetos guardados.
  - Quando deixar de guardar algo que poderia ser necessário no futuro.
  - Quando não conseguem encontrar um objeto que acreditavam estar em determinado lugar.
  - Quando receiam ter posto fora algum documento importante ou indispensável.
- Compulsões mais comuns
  - Guardar coisas inúteis.
  - Organizar as "coleções" de certa forma.
  - Verificar no lixo o que outras pessoas jogam fora.
  - Recolher objetos jogados no lixo ou descartados por terceiros.
  - Comprar sucatas ou comprar itens demais que talvez nunca venham a utilizar ou que jamais terão possibilidade física de usar.
  - Ter dificuldades em utilizar objetos novos, roupas, sapatos, bolsas recém-adquiridos.

- Evitações
  - Evitam descartar (jogar no lixo ou doar) objetos inúteis.
  - Não permitem que outras pessoas selecionem alguns dos seus objetos ou papéis para jogar no lixo.
- Ambiente
  - Deterioração do ambiente ao redor.
  - Peças ocupadas por itens sem utilidade, prejudicando a convivência e a circulação das pessoas.
  - Amontoamento desordenado dos itens acumulados.
- *Pensamentos, imagens, impulsos que produzem desconforto*
  - "Se eu necessitar desse objeto e não o encontrar, o que será de mim?"
  - "E se eu vier a necessitar desse objeto e tiver jogado fora?"
- *Conseqüências temidas por não guardar*
  - "Não serei capaz de encontrar algo de que vou necessitar."
  - "É possível que eu não consiga algo de que venha a precisar."

Características cognitivas e emocionais comuns aos colecionistas[137, 148-151]

Déficits no processamento de informações

Um trabalho recente sugere alguns problemas neuropsicológicos em colecionistas. Eles se caracterizariam por problemas importantes com relação a focar e manter a atenção; pela indecisão relacionada ao perfeccionismo e ao medo de cometer erros ao tomar decisões equivocadas, em especial sobre o que guardar e o que descartar; por dificuldades em classificar os itens que armazenam, e, principalmente, por uma grande demora em tomar decisões que envolvem suas posses.[151] Guardar tudo é a forma de não tomar decisões erradas ou decisões das quais possam se arrepender mais tarde. Se todos os objetos forem guardados, não haverá lamentações ou arrependimento por tê-los posto no lixo. Decisões simples do cotidiano que envolvem escolhas ou opções, como o que vestir pela manhã, o que comer no almoço ou onde passar as férias, são acompanhadas de muitas dúvidas e podem ser difíceis para os colecionistas.



Problemas em classificar os objetos pela importância

Os colecionistas têm grande dificuldade em separar os objetos: os que devem ir para o lixo e os que devem ser guardados. Uma borracha velha e usada tem tanta importância quanto um aviso de devolução do imposto de renda. Decidir entre o que guardar ou o que pôr fora é extremamente complicado pela dificuldade em separar o que de fato é importante do que não tem valor algum.

Crenças distorcidas em relação à memória e à necessidade de controlar os objetos

Apesar de não existirem evidências de que apresentam problemas de memória, os colecionistas têm dificuldade em confiar na sua memória e apresentam dúvidas quanto à confiabilidade de suas lembranças. Eles têm medo de que falhas de memória possam impedi-los de ter acesso ou de localizar os

objetos que armazenaram. Essa falta de confiança faz com que o armazenador tenha dificuldades em deixar os objetos que coleciona longe dos olhos. Para compensar essa falta de confiança, sente grande necessidade de controlar todos os seus objetos. Por isso, eles estão por todos os lugares, sempre ao alcance dos seus olhos, o que colabora para a grande desorganização. São comuns, ainda, a contagem freqüente e a conferência dos objetos como forma de controle, com a finalidade de tranqüilizar-se de que nada foi extraviado. Essas pessoas sentem grande ansiedade ou desconforto com a perspectiva de terem perdido, de terem erradamente descartado algo ou de não terem comprado algum objeto que poderia ter utilidade (ou que nunca mais conseguiriam). Essa ansiedade e esse desconforto são o que os impede de descartar os objetos.

Apego emocional excessivo aos objetos

Os colecionistas olham os seus objetos como parte de si mesmos. Eles põem muito mais sentimento nos objetos do que os não-colecionistas e sentem conforto emocional muito grande ao lado das suas quinquilharias.[137,148-150] Ter prazer nas "coisas" faz com que tenham a tendência excessiva a comprar (comportamento *shoppaholic*). É comum passarem em briques, ferros-velhos ou lojas de móveis usados na esperança de encontrarem algum item de grande interesse e comprarem muitos objetos, em geral pouco úteis, que jamais usam.

Controle das outras pessoas

Os portadores de compulsão por armazenar geralmente são egossintônicos (sentem-se bem com o sintoma). Eventualmente, tentam, sem sucesso, parar com o armazenamento devido às dificuldades que acabam ocorrendo. Deixam de convidar outras pessoas para visitarem suas casas, por terem corredores e peças atravancados com velharias ou até mesmo lixo, e têm conflitos com os familiares. Apresentam grande necessidade de ter o controle dos seus objetos, protegendo-os de eventuais danos, do uso indevido e, principalmente, do extravio. Sentem extremo desconforto ou raiva, como se fosse violação da sua privacidade, caso algum dos seus objetos seja tocado ou movimentado por outra pessoa.

TRATAMENTO

O colecionismo é um dos sintomas do TOC considerados mais difíceis de tratar, respondendo muito pouco tanto aos medicamentos como à terapia cognitivo-comportamental.[152,153] Como comentamos, um estudo recente verificou que, dentre os sintomas OC, o colecionismo foi o sintoma que menos respondeu à TCC.[30]

A pouca resposta à terapia deve-se, em grande parte, à ausência de motivação por parte do paciente em buscar tratamento, pois ele se sente confortável, seguro e tem até certo prazer ao lado do amontoado de objetos. Desfazer-se é penoso, razão pela qual dificilmente buscará tratamento por si próprio. São os demais membros da família os que mais se incomodam com o fato de os espaços estarem tomados por coisas inúteis e que pressionam os colecionistas a buscarem ajuda. Segundo Edna Foa,[148] se a relação com outra pessoa tem grande importância para o colecionista e se a compulsão por armazenar compromete a continuidade da relação, o tratamento tem mais chance de ser bem-sucedido. Mas nem sempre é esse o caso. Na maioria das vezes, a situação está cristalizada há muitos anos e, se não for por alguma razão externa (mudança de casa ou apartamento, necessidade por razões de saúde, nascimento de filho), o armazenador dificilmente fará algum movimento em direção à mudança.

Medicamentos

Os primeiros estudos mostraram que compulsões por armazenar ou não respondiam ao tratamento padrão com medicamentos antiobsessivos, como a paroxetina, a sertalina, fluvoxamina, ou a resposta era muito pequena, ou, ainda, era menor do que a resposta dos demais sintomas.[152] Entretanto, um

estudo recente com 79 portadores de TOC, dos quais 32 tinham sintomas de colecionismo, mostrou que a resposta à paroxetina foi idêntica à dos que não eram colecionistas.[153]

Terapia cognitivo-comportamental

Em casos mais graves e refratários aos tratamentos, uma abordagem mais agressiva, envolvendo internação hospitalar por seis semanas e adoção do enfoque denominado multimodal, com o uso de inibidores da recaptação de serotonina e terapia cognitivo-comportamental intensiva, mostrou-se efetiva.[154] O tratamento enfocou primariamente as conseqüências do colecionismo e teve as seguintes metas:

1. Criar, em casa, um ambiente de bem-estar e espaço para trabalhar.
2. Aumentar o uso apropriado do espaço.
3. Melhorar a capacidade de tomar decisões.
4. Diminuir a procrastinação e a evitação.
5. Melhorar as habilidades organizacionais e a administração do tempo.
6. Diminuir os medos obsessivos relacionados ao descarte de objetos.
7. Descartar objetos desnecessários.
8. Diminuir as compras e as aquisições compulsivas.
9. Prevenir armazenagens futuras desnecessárias.

A reestruturação cognitiva focou as crenças relacionadas ao perfeccionismo, o excesso de responsabilidade, as dúvidas sobre a memória, o apego emocional excessivo aos objetos e as conseqüências negativas de ter os espaços da casa atravancados de quinquilharias.

Um ensaio aberto recente tratou 14 pacientes selecionados na comunidade por terem o colecionismo como principal problema. O tratamento, que durou entre 7 a 12 meses, com um total de 26 sessões individuais, seguiu um manual previamente escrito. O foco eram três manifestações do colecionismo: a desorganização, a aquisição compulsiva e a dificuldade em descartar. As técnicas utilizadas foram:

1. Treinamento em habilidades de organizar, tomar decisões, resolver problemas.
2. Exposição na imaginação e exposição direta às situações evitadas.
3. Reestruturação cognitiva, enfocando as crenças relacionadas ao colecionismo.

Também foram utilizadas entrevistas motivacionais (quando havia pouca adesão às tarefas de casa) e visitas domiciliares, pelo menos uma por mês ou 25% das sessões. Eventualmente, foram utilizadas sessões chamadas de maratonas (mutirões), com duração de mais de duas horas, nas quais o terapeuta comparecia à casa do paciente para auxiliá-lo a classificar, a organizar e a descartar objetos. Dez pacientes completaram o tratamento, e cinco (a metade), ao final, foram classificados como muito melhores.[155]

Para casos de intensidade leve ou moderada, o principal recurso ainda é a terapia cognitivo-comportamental de exposição e prevenção de rituais, conforme descrito a seguir. As dificuldades maiores, como citado, estão relacionadas à falta de motivação do paciente para o tratamento e ao fato de os sintomas serem egossintônicos (guardar objetos deixa a pessoa tranqüila e segura, e descartar é que a deixa aflita). O problema inicial é vencer tal situação.

Etapas do tratamento

Vários autores propuseram a seguinte abordagem cognitivo-comportamental.[137,152]

1. **Estabelecer uma meta realista, que, de fato, você queira atingir.** Se você resiste a pôr fora todas as quinquilharias que acumulou durante anos, em vez de pensar que terá que se livrar de todas as suas coisas de uma única vez, deve começar estabelecendo objetivos com os quais concorde e que

seriam úteis para si e para os seus familiares: ser menos indeciso, viver em um ambiente mais organizado e menos obstruído, ter um ambiente de estar mais agradável, reduzir rituais (verificações, contagens) e evitações, etc.

2. **Fazer avaliação do seu problema de armazenagem.** Responda a algumas das seguintes perguntas:[137]

   Quanto a sua casa está atravancada? _____
   Quais são as peças que estão ocupadas com os seus objetos? _____
   Que grau de desconforto o problema causa para você e para sua família? _____
   Que grau ou nota você daria para a desordem da sua casa? _____
   Que coisas você armazena? _____
   _____
   _____
   Quais são as razões para guardar cada objeto? _____
   _____
   _____
   Você tem algum critério para organizar os seus objetos? _____
   Quanto o seu problema afeta a sua relação com a sua família? _____

3. **Prevenção de rituais de verificação e contagens.** Como foi sugerido em relação a outros rituais, você deve identificar as situações nas quais é levado a verificar se os objetos estão no lugar ou a fazer contagens e listas para certificar-se de que nada foi extraviado e de que sabe onde está cada coisa. Você deve, também, abster-se de fazer tais controles.
4. **Estabelecer moratória para novas aquisições.** Você deve estabelecer consigo mesmo o compromisso de que não irá adquirir mais nenhum item enquanto não atingir os seus objetivos. Você deve se comprometer a não comprar objetos cuja aquisição seja prescindível e a não ficar com objetos ou roupas que seus amigos estão descartando e dos quais não necessita. Evite, por algum tempo, os ferros-velhos e os briques, caso não esteja necessitando de nada objetivamente. Isso o auxiliará a resolver o problema de forma mais rápida. Além disso, você deve evitar comprar algo só porque poderá necessitar no futuro.
5. **Estabelecer um plano de organização de sua casa.** Você deve revisar peça por peça de sua casa para verificar o quanto está sendo usada e que porcentagem do espaço está desorganizada ou ocupada com coisas que não são utilizadas. Deve também planejar um uso mais racional da despensa, dos quartos, do *living*, do escritório, da garagem e, sobretudo, desatravancar os corredores, etc.
6. **Decidir por onde começar: listar o que deve ser descartado.** Por onde começar? Talvez essa seja a decisão mais difícil. Você deve identificar objetos e papéis inúteis, sucata ou quinquilharias sem qualquer possibilidade de uso, eletrodomésticos sem conserto, roupas, sapatos e bolsas que não vai mais usar, móveis sem utilidade. Desconfie de tudo o que guarda anos a fio e nunca utiliza ou de objetos para os quais não consegue vislumbrar utilidade e que não apresentam valor afetivo. Relacione tudo que toma lugar em sua casa sem nenhuma evidência de que, realmente, será necessário no futuro. Estabeleça uma hierarquia entre os objetos em termos da aflição que poderão provocar ao serem descartados e do grau de inutilidade. Com base nesses critérios, estabeleça e anote as prioridades para descarte (ver Formulário 11 do Caderno de exercícios, p. 256).

   Você deve começar pelo item que, de acordo com sua avaliação subjetiva, produzirá menos aflição e que, provavelmente, tenha menos chance de ser necessário no futuro, para, de forma gradual, ir descartando os que provocam maiores níveis de aflição. Você pode começar pela peça que está mais desorganizada. Caso armazene muito um tipo de objeto, por exemplo, jornais velhos, ou se você tem muitas roupas que não usa mais, comece pelos jornais ou pelo guarda-roupa, o que for considerado mais fácil, deixando os demais para a semana seguinte.

7. **Algumas regras simples para o descarte:**

   a) Marcar uma data para fazer a faxina e o descarte.
   b) Você é a pessoa que irá decidir o que será jogado fora e o que continuará sendo guardado.
   c) Os familiares poderão auxiliá-lo depois que você tiver decidido. Você poderá convidá-los para isso, se achar necessário e sentir que eles respeitarão suas decisões, ou pedir a ajuda de uma pessoa de sua confiança.
   d) Marcada a data, verifique como fará o descarte e providencie o que será preciso: sacos grandes de lixo, caixas de papelão e, se necessário, transporte. Roupas, sapatos, móveis ou eletrodo-

mésticos sem uso podem ser doados para instituições de caridade. Algumas dessas instituições mandam buscar os objetos em casa.

e) Procure organizar uma peça ou descartar um item de cada vez e não ficar se movimentando de uma peça para outra ou de um objeto para outro. Complete inteiramente o descarte planejado, para depois iniciar outro.
f) Ao colocar os objetos nas caixas ou nos sacos, não volte a olhar para eles, pensando se deve ou não jogá-los fora ou verificando se ainda pode aproveitá-los. De forma alguma acaricie os objetos antes de colocá-los no lixo.
g) Não volte atrás. Jamais retire do lixo aquilo que já havia decidido pôr fora. A ansiedade é muito maior antes de colocar as coisas fora. Depois passa!
h) Relaxe. Depois de realizar o descarte, procure distrair-se ouvindo música, lendo, brincando no computador ou planejando novos usos para o espaço liberado. Se a aflição for muito grande, saia de casa para dar uma caminhada, vá ao cinema ou visite um amigo. Interrompa quaisquer ruminações sobre dúvidas em relação ao descarte (se foi correto ou não) e, em hipótese alguma, abra os sacos de lixo ou as caixas de descarte para revisar algum item.



Lembretes

- Periodicamente, doe para instituições de caridade roupas e sapatos que não são mais utilizados.
- Móveis ou objetos de casa que estão sem uso e livros que já foram lidos poderão ser de grande utilidade para outras pessoas ou para escolas, paróquias, associações de moradores, etc.
- Na dúvida, jogue fora!

Questionando crenças relacionadas a descartar objetos sem utilidade

Ao ser assaltado pela dúvida sobre se está ou não cometendo erro ao descartar determinado objeto, você deve perguntar-se:

- O que de pior pode acontecer se eu nunca mais enxergar este objeto ou se, por acaso, no futuro, eu vier a necessitar dele?
- O que, de fato, poderá acontecer?
- Irei sobreviver?

Para dar as suas respostas, você não deve se guiar pelo que sente ao descartar suas coisas, apenas por fatos. Se você se orientar pelo que sente, jamais colocará algo fora e perpetuará suas compulsões por armazenar. Lembre-se de que o objetivo é ter um maior espaço utilizável e não um "museu de memórias passadas". Você, de fato, passará por momentos de desconforto e aflição, que, depois, desaparecerão em razão da habituação, como ocorre com os demais sintomas do TOC quando há exposição. Lembre-se também de que muitas vezes sai mais barato comprar um eletrodoméstico novo do que consertar o que estragou, e que não compensa desentortar pregos ou usar parafusos velhos, devido à facilidade de conseguir novos, sem ferrugem, por preços acessíveis.

Finalmente, é preciso lembrar que não vale a pena guardar revistas velhas, jornais ou recortes de certas matérias. Encontra-se tudo, e mais facilmente, com as ferramentas de pesquisa que hoje existem na internet. Você pode fazer um teste buscando encontrar um assunto na sua pilha de jornais ou revistas usadas ou, então, pelo Google ou por qualquer outra ferramenta de busca na internet. Converse com seu terapeuta sobre a necessidade e a possibilidade de ele lhe fazer uma visita, para auxiliá-lo a tomar decisões e a fazer o descarte.

Compulsões por poupar

Como nem sempre são identificadas crenças ou pensamentos distorcidos que "justifiquem" as compulsões por poupar, é interessante você fazer o levantamento de todas as verificações que realiza envolvendo o gasto ou o acúmulo de dinheiro (contas bancárias, somas de despesas, controles de gastos seus e dos familiares) e observar se são excessivas. A prevenção de rituais inicia pelo levantamento de todas as verificações que são realizadas e pela decisão de abster-se de executá-las, mesmo que seja de forma gradual. A exposição pode ser a programação das compras que são necessárias e que vêm sendo evitadas ou que são

feitas com grande sofrimento. Em um segundo momento, pode ser programada a compra de algum supérfluo no supermercado, por exemplo. Finalmente, pode-se estabelecer um plano racional de gastos, compatível com os ganhos da família, na qual estejam também previstos gastos com lazer e até com supérfluos. Convém sempre explorar a possibilidade de existirem crenças ou pensamentos distorcidos por trás das compulsões e, se for o caso, corrigi-los com as técnicas cognitivas apropriadas.

Lixo eletrônico

Com a disseminação das facilidades para gravar e enviar mensagens, imagens e textos pela internet, é comum a dificuldade de colocar na lixeira (deletar) muitos dos arquivos recebidos, o que acaba acarretando problemas semelhantes aos que mencionamos para objetos em geral, por maiores que sejam as atuais capacidades de armazenamento de dados, tais como o esgotamento da capacidade de memória e a dificuldade de encontrar algum arquivo que se deseja. Como regra, não se deve salvar todos os *e-mails* recebidos. Pode-se salvar, em alguma caixa postal específica, os que são relevantes ou que tenham algum valor afetivo, para facilitar a busca posterior. Os demais devem ser deletados.

Caso você junte em sua casa objetos, papéis, embalagens, caixas vazias, jornais ou revistas velhas, roupas e sapatos que não usa mais, e se enquadre no quadro descrito como colecionismo, preencha o Formulário 11 do Caderno de exercícios (p. 256) e leve para a sessão de terapia.

RESUMO E DESTAQUES

- O termo colecionismo designa o comportamento caracterizado pelo armazenamento excessivo e desordenado de objetos com poucas possibilidades de uso e pela dificuldade de descartá-los.
- Os objetos armazenados com mais freqüência são roupas, revistas, jornais velhos, notas fiscais antigas, mantimentos, embalagens vazias, trabalhos escolares antigos, sacolas, cartões e cartas.
- É comum, ainda, a armazenagem excessiva de comida e a ecomomia exagerada de dinheiro associada a uma grande dificuldade de gastar, mesmo em compras necessárias.
- Os pacientes apresentam também apego emocional excessivo aos objetos e necessidade de controlá-los, impedindo que outras pessoas os toquem ou os movam do lugar onde foram colocados.
- O colecionismo muitas vezes interfere acentuadamente no funcionamento familiar, pelo espaço que os objetos ocupam em prejuízo de um uso mais racional dos espaços e por dificultar a circulação das pessoas.
- Evidências sugerem que o colecionismo seja uma forma distinta de TOC, com neurofisiologia e genética específicas, além de responder pouco aos tratamentos tradicionais – tanto aos medicamentos antiobsessivos como à terapia cognitivo-comportamental.
- Os colecionistas se caracterizam por apresentarem problemas em relação a focar e a manter a atenção. Isso ocorre pela indecisão relacionada ao perfeccionismo e ao medo de cometer erros tomando decisões equivocadas, em especial sobre o que guardar e o que descartar. Apresentam, também, dificuldades em classificar os itens que armazenam e, principalmente, uma grande demora em tomar decisões que envolvam suas posses.
- O tratamento mais efetivo é a terapia cognitivo-comportamental, na qual o paciente faz uma relação de todos os itens acumulados e uma programação do descarte.
- A dificuldade maior para o paciente aderir ao tratamento é o fato de sentir-se bem e em segurança com seus objetos e por sentir grande aflição ao descartá-los.
- Quando a compulsão por armazenar compromete a continuidade de uma relação que o paciente considera importante, o tratamento tem mais chance de ser bem-sucedido.
- A TCC pode ter sucesso quando se concentra nos problemas específicos do colecionismo: a desorganização, a aquisição compulsiva e a dificuldade em descartar.
- As técnicas utilizadas que se revelaram efetivas foram o treinamento em habilidades para organizar, tomar decisões e resolver problemas; a exposição na imaginação e/ou direta às situações evitadas (descarte) e a reestruturação cognitiva, enfocando as crenças relacionadas ao colecionismo.
- Eventualmente, visitas a domicílio e mutirões de descarte podem ser estratégias efetivas.

Capítulo 16
A CONTINUAÇÃO DA TERAPIA

A TCC do TOC é um tratamento breve. Durante a sua realização, você aprende exercícios de exposição e prevenção de rituais, além de exercícios cognitivos que deverá realizar de forma autônoma e independente, até a eliminação completa de todos os sintomas de sua lista. Essa é uma boa garantia para não haver recaídas no futuro. Não se pode falar em cura do TOC, e sim no controle dos sintomas. Uma ferramenta crucial para essa finalidade é o permanente auto-monitoramento que consiste em você estar sempre atento aos seus sintomas, avaliando sua intensidade, os seus progressos na terapia, eventuais pequenos lapsos (quando, por descuido, volta a fazer um ritual ou tenta afastar um pensamento impróprio) ou até eventuais recaídas. Listas de sintomas, escalas, planilhas de automonitoramento e registros podem auxiliá-lo nessas tarefas. No presente capítulo, vamos nos deter um pouco mais na avaliação dos resultados da terapia e em como manter as tarefas de casa, reavaliar as metas da terapia, perceber eventuais impasses e dificuldades em realizar os exercícios e saber como manejá-los.

A TCC do TOC geralmente é breve, consistindo de 10 a 20 sessões em média. Em alguns casos, pode se estender por mais tempo. No entanto, se, depois desse período, alguns sintomas persistirem, é interessante continuar com as sessões, ainda que em intervalos maiores. É importante prosseguir até conseguir a eliminação completa dos sintomas ou até sua redução substancial. Lembre-se de que a meta de longo prazo, no início do tratamento, era eliminar todos os sintomas da lista, o que reduz a possibilidade de recaídas.

O TOC é uma doença crônica, que tende a acompanhar os seus portadores por toda a vida.[5, 6, 156] É comum que ocorram recaídas, mas também foi verificado que os pacientes que conseguem remissão completa dos sintomas ao final do tratamento dificilmente recaem depois.[112] Por esse motivo, você deve procurar eliminar todos os sintomas, seguir praticando os exercícios aprendidos e continuar escolhendo suas tarefas de casa, as comportamentais e as cognitivas, lembrando-se de revisá-las com o terapeuta. O ponto de referência sempre será a lista de sintomas (Formulário 2 do Caderno de exercícios, p. 235) elaborada no início do tratamento. O objetivo é zerá-la. Para isso, você deve sempre levar a cópia da sua lista de sintomas para as sessões, para revisá-la com o terapeuta, selecionar os próximos exercícios e conseguir vencer os sintomas que ainda estiverem presentes. A aplicação periódica das escalas Y-BOCS e OCI (Formulários 5 e 6 do Caderno de exercícios, p. 248 e 251, respectivamente) também auxiliará a avaliar se você fez progressos ou não, como veremos mais adiante.

COMO É A CONTINUAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

A terapia cognitivo-comportamental, conforme comentado, é uma abordagem de curta duração focada nos sintomas do TOC. As sessões iniciais são destinadas à avaliação do paciente, ao preenchimento do questionário, à elaboração da lista dos sintomas, à análise da gravidade ou da dificuldade para fazer os exercícios de exposição e prevenção de rituais e à escolha das primeiras tarefas de EPR e dos exercícios cognitivos, como vimos nos Capítulos 7 a 9. Uma vez iniciada a terapia, as sessões passam a ser de continuação do tratamento.

Estruturação das sessões de continuação

As sessões de continuação geralmente têm uma mesma estruturação. Elas sempre iniciam com a revisão do humor ou dos sintomas e das tarefas de casa. Também é comum o terapeuta revisar ou

reforçar alguns aspectos teóricos, como o modelo comportamental (a relação funcional dos rituais com as obsessões, destacando que os rituais são comportamentos voluntários, e o fenômeno da habituação), o modelo cognitivo (os pensamentos e as crenças disfuncionais, fusão do pensamento e da ação, o pensamento mágico, o efeito Urso Branco e a hipervigilância), dentro da chamada psicoeducação, parte importante da TCC. Particularmente, quando existem dificuldades, uma melhor compreensão dos motivos pelos quais você é levado a fazer rituais, e o quanto essa prática perpetua os sintomas, sem dúvida será decisiva para animá-lo a fazer exercícios que contrariam a sua prática anterior e suas convicções. Após a revisão dos sintomas e o reforço em aspectos psicoeducativos, é dado algum espaço para a avaliação dos sintomas e o automonitoramento. Com essa finalidade, periodicamente são reavaliadas a intensidade dos sintomas e a efetividade da terapia (escala Y-BOCS, OCI-R e planilhas de automonitoramento), tendo sempre o objetivo de que você desenvolva a capacidade de fazer isso por si mesmo. Esta também é uma característica marcante da TCC: estar permanentemente em avaliação. Uma vez feito o automonitoramento, é revisada a lista ou questionário inicial de sintomas, para a combinação de novas tarefas para casa, sendo as sessões encerradas com a avaliação da sessão pelo paciente, normalmente com a resposta a uma pergunta feita pelo terapeuta, como, por exemplo, "da sessão de hoje, o que tu destacarias?" ou "o que ficou de mais importante para ti?".

Quando os sintomas estiverem reduzidos (abaixo de 16 na escala Y-BOCS), a aflição for menor, a lista estiver diminuída ou zerada, você se sentir mais capaz de realizar os exercícios e estiver resistindo a praticamente todos os rituais, os intervalos entre as sessões podem ser maiores. No início do tratamento, é recomendável que os encontros sejam semanais. A partir desse ponto, podem passar a ser quinzenais, até que os sintomas estejam praticamente eliminados (o que pode demorar algumas ou várias sessões).

AVALIANDO OS RESULTADOS DA TERAPIA

É interessante que você avalie periodicamente se a intensidade dos seus sintomas está diminuindo e se o tratamento está produzindo resultados. Existem várias maneiras de fazer essa avaliação.

Revisão da lista ou questionário de sintomas e estabelecimento de novas tarefas de casa

A lista ou questionário de sintomas elaborada no início do tratamento, no Capítulo 7, representa a meta a ser atingida com a terapia cognitivo-comportamental: a eliminação completa dos sintomas. A melhor forma de ter idéia do andamento da terapia é revisá-la periodicamente. Assim, a cada semana, ao revisar as tarefas de casa com o terapeuta e escolher as novas tarefas para a semana seguinte, não esqueça de levar para a consulta a lista inicial, para ver o que já foi e o que ainda falta ser conquistado. É gratificante perceber que, às vezes, de forma muito rápida, uma grande quantidade de sintomas, ou sintomas muito graves, foram completamente eliminados.

A revisão da lista também é importante para incluir novos sintomas que surgiram ou que você acabou descobrindo em virtude de ter aumentado seus conhecimentos sobre o TOC. Sua percepção em relação ao transtorno vai aumentando com a continuidade do tratamento. Aliás, é muito comum que, depois de iniciar a terapia, os portadores acabem se dando conta de que certos comportamentos, dos quais eles sequer desconfiavam ou que consideravam simples hábitos ou "manias", na verdade, são sintomas da doença, e então aumentam a lista preenchida na fase inicial da terapia. Se esse for o caso, inclua na lista os novos sintomas que você percebeu depois de iniciar o tratamento e programe as tarefas de casa correspondentes.

Avaliação periódica da intensidade dos sintomas utilizando a escala Y-BOCS ou a OCI

Uma forma mais objetiva de avaliar os resultados da terapia, muito utilizada em pesquisas, é a aplicação das escalas Y-BOCS ou OCI-R, que foram apresentadas no Capítulo 7 e estão no Caderno de exercícios (Formulários 5 e 6, p. 248 e 251, respectivamente). Essas escalas avaliam a gravidade dos sintomas, e sua reaplicação periódica permite observar se o tratamento está sendo efetivo. Elas

constituem ferramentas de aplicação muito fácil, principalmente depois que você se familiariza com elas. Uma vez por mês, responda aos itens das escalas e verifique a sua pontuação. Lembre que é mais conveniente responder a Y-BOCS com o terapeuta, enquanto a OCI-R você pode responder sozinho. Depois de respondê-las, compare o resultado com a pontuação obtida na primeira aplicação, antes de iniciar o tratamento. Os pesquisadores, em geral, consideram que o tratamento foi efetivo quando a redução é igual ou maior que 35%. É importante observar quando esse índice é atingido, embora ele nem sempre seja satisfatório, principalmente quando os sintomas, no início, eram graves. É fundamental que os sintomas diminuam para menos de 16 na escala Y-BOCS ou, idealmente, para menos de 8. Este é o escore que muitas pessoas apresentam nessa escala, mesmo sem ter TOC, e tem sido usado como critério para considerar que você atingiu a remissão completa dos sintomas.

Planilhas de automonitoramento

Além da aplicação mensal da escala Y-BOCS ou da OCI-R, é interessante você preencher, durante algumas semanas, os gráficos da planilha de automonitoramento (Formulário 10 do Caderno de exercícios, p. 255). A planilha contém gráficos de preenchimento diário que oferecem a noção geral da sua situação e permitem que você veja a evolução dos seus sintomas no período de uma semana. Você deve completá-la de preferência à noite, antes de deitar. O preenchimento é muito fácil e não leva mais do que cinco minutos.

A planilha contém quatro gráficos independentes, com grade para notas diárias ao longo dos sete dias da semana. O primeiro tem como título "O quanto me senti bem hoje", ao qual você deve atribuir uma nota global (0 a 100%) considerando o seu bem-estar ao longo do dia. Essa nota é subjetiva e, para chegar a ela, deve-se considerar a porcentagem de tempo durante a qual você se sentiu bem no dia. Outros dois gráficos avaliam a porcentagem de tempo em que você esteve envolvido com obsessões e compulsões durante o dia. Os resultados são a medida da intensidade dessas duas classes de sintomas. Finalmente, o último gráfico tem como objetivo o registro do tempo dedicado a tarefas de exposição e prevenção de rituais. Quanto mais tempo você dedicou aos exercícios, mais se empenhou no tratamento. De forma indireta, é possível medir quão intensos ainda estão os seus sintomas. Quando o tempo envolvido é pequeno, é possível que os sintomas tenham desaparecido (ver isso nas planilhas de obsessões e compulsões) e não há mais necessidade de fazer os exercícios, ou talvez você não tenha dedicado o tempo necessário às tarefas, caso a pontuação nas duas referidas planilhas ainda esteja alta.

Para pontuar o tempo dedicado aos exercícios, considera-se o máximo de 100 minutos para o período de um dia. Todos os minutos dedicados a tarefas de exposição, bem como o tempo que você se conteve e não fez um ritual ou se dedicou à realização de exercícios cognitivos, são somados. Então, marca-se um X no quadrado respectivo. Após sete dias, liga-se, com um traço, os pontos assinalados com o X em cada uma das quatro planilhas, e tem-se gráficos interessantes. Se grandes oscilações forem observadas nos gráficos, deve-se verificar o motivo ou a situação que provocou a alteração (para mais ou para menos) e anotar ao pé da planilha. Com isso, pode-se obter pistas do que agrava ou diminui os sintomas, o que será importante para o tema que abordaremos na próxima seção. O gráfico permitirá observar em que dias da semana a intensidade aumenta ou diminui. A planilha pode ser copiada, para ser utilizada durante algumas semanas, permitindo a comparação da evolução de uma semana para a outra.

IMPASSES E NÃO-ADESÃO AOS EXERCÍCIOS

As planilhas de automonitoramento e as escalas Y-BOCS e OCI-R servem para que paciente e terapeuta avaliem os progressos da terapia. Em geral, depois de 4 a 6 sessões, algum resultado pode ser notado pela redução dos escores. Se, após esse número de sessões, nenhum resultado tiver sido obtido, é interessante revisar as razões do insucesso. O diagnóstico pode estar errado, e talvez você apresente sintomas para os quais a terapia cognitivo-comportamental não seja efetiva. É possível, ainda, que apresente condições associadas (co-morbidades), como foi comentado no Capítulo 2, as quais necessitam de abordagens complementares, geralmente medicamentos. Por fim, é possível que as convicções ou crenças erradas sejam muito fortes e impeçam você de fazer os exercícios práticos. Neste

último caso, você deve expor a situação ao terapeuta, que irá propor tarefas mais fáceis ou que possam ser acompanhadas por ele ou por algum familiar. Sempre é possível encontrar algum exercício exeqüível. O impasse não deve tomar conta da terapia.

RELEMBRANDO AS TÉCNICAS APRENDIDAS

Vamos relembrar algumas das técnicas descritas neste livro, muitas das quais você utilizou durante a terapia. São duas as técnicas fundamentais para vencer o TOC: expor-se aos objetos e às situações temidas e/ou evitadas e deixar de fazer os rituais ou outras manobras de neutralização sempre que sentir necessidade ou impulso de realizá-los como forma de obter alívio do medo. A aflição que esses exercícios provocam passa por si e à medida que você enfrenta seus medos, realizando os exercícios. No início, você precisa programar seus exercícios se quiser, de fato, executá-los, porque senão você acaba esquecendo por que muitos rituais viraram hábitos, realizados, praticamente, de forma automática, caracterizando uma maneira de viver. É como incorporar um hábito novo. O que se deseja é que esses novos comportamentos (enfrentar, não fazer o ritual) se tornem automáticos com o tempo. Para isso, é necessário que, durante algum tempo, você faça um esforço consciente para que essa mudança aconteça. Nessa fase de transição, é importante ter sempre em mente a lista dos recursos aprendidos, pois são as ferramentas para fazer as mudanças. Tenha bem claras em sua mente as situações de "perigo" – aqueles horários, locais, objetos ou pessoas que funcionam como verdadeiros gatilhos, já que disparam ou ativam suas obsessões e o impelem a fazer seus rituais. Prepare-se com antecedência para enfrentá-los, decidindo antecipadamente quais ferramentas irá usar: expor-se ou

Técnicas comportamentais

- Exposição: para enfrentar situações ou objetos evitados.
- Exposição na imaginação: para maus pensamentos ou pensamentos impróprios, dúvidas e incertezas.
- Exposição a histórias horríveis escritas ou gravadas: para maus pensamentos ou pensamentos horríveis.
- Prevenção de rituais: evitar fazer os rituais, tanto os explícitos (lavagens, verificações, repetições) como os mentais (contagens, rezas, neutralização com pensamentos contrários, tentativa de afastar pensamentos impróprios).
- Exercício do "Pare": para compulsões mentais, ruminações obsessivas e, também, quando perceber que está começando a realizar qualquer ritual, especialmente rituais mentais, ou a usar qualquer forma de neutralização (evitação, substituição de pensamento ruim por bom, etc.).
- Tarefas e definição de tempos: para lentidão obsessiva e perfeccionismo.

Técnicas cognitivas

- Psicoeducação: é importante saber tudo sobre o TOC, tanto sobre os sintomas como sobre os pensamentos e crenças distorcidas que estão por trás deles e sua função de provocar ou aumentar a intensidade dos sintomas ou de mantê-los.
- Identificação de pensamentos automáticos e de crenças distorcidas.
- Questionamento socrático.
- Técnica das duas teorias ou hipóteses alternativas.
- *Pizza* da responsabilidade.
- Quebra do pensamento dicotômico.
- Reavaliação da probabilidade de riscos.
- Correção de pensamentos catastróficos (seta descendente).
- Conversa com especialistas.
- Vantagens e desvantagens.
- Condições necessárias para que ocorra um desastre.
- Redução da hipervigilância.
- Testes comportamentais.
- Lembretes.

Crenças distorcidas no TOC e sintomas relacionados

- Exagerar o risco (obsessões por sujeira ou contaminação, lavagens e evitações, checagens).
- Excesso de responsabilidade (verificações, repetições).
- Valorizar o poder do pensamento (acreditar no poder do pensamento, fusão do pensamento e da ação, pensamento mágico) pensamentos impróprios, superstições.
- Exagero da necessidade de controlar o pensamento (maus pensamentos, compulsões mentais).
- Intolerância à incerteza ou necessidade de ter certeza (dúvidas, ruminações, verificações, busca de reasseguramentos, repetições).
- Perfeccionismo (repetições, verificações, ruminações, checagens mentais, lentidão, adiamentos).

não fazer o ritual. Lembre-se, ainda, das técnicas cognitivas: questionamento socrático, seta descendente, experimento comportamental, lembrete, técnica de não dar importância ao pensamento, desistência de querer ter certeza ou qualquer outro, dentre os tantos que aprendeu, que você tenha considerado mais útil para a sua situação. Vamos relembrar agora algumas delas e as situações nas quais podem ser úteis. Se ocorrerem dúvidas, releia os Capítulos 6 e 9, em especial.

Breve revisão da teoria e dos exercícios cognitivos

Compreender o que está acontecendo e, principalmente, corrigir os pensamentos errados auxiliam muito a diminuir os medos e a ter mais coragem para fazer os exercícios de exposição e prevenção de rituais, que, muitas vezes, são difíceis, pois produzem medo ou desconforto. Portanto, sempre que você se surpreender executando algum ritual ou evitando algo, preste atenção ao que o levou a praticar o ritual ou a evitação: o pensamento que passou pela sua cabeça antes de executar o ritual e o que sentiu. Normalmente essas situações provocam uma aflição, um desconforto, uma ansiedade ou um medo. Tais emoções são conseqüências dos pensamentos que passaram pela sua cabeça (pensamentos automáticos) e que o fizeram executar o ritual. Esses pensamentos geralmente envolvem alguma interpretação catastrófica relacionada à responsabilidade excessiva (de provocar ou impedir desastres, de falhar), ao fato de exagerar riscos (de contrair doenças, de falhar), à necessidade de ter certeza ("se não tiver certeza, vou cometer falhas) ou, ainda, à interpretação catastrófica de certos pensamentos que invadem a sua mente ("se eu pensar nisso, pode acontecer"). Você deve identificar tais pensamentos, bem como a crença subjacente a eles, e praticar os exercícios que aprendeu para corrigi-los.

O portador do TOC deve desenvolver o hábito de permanentemente identificar seus pensamentos automáticos sempre que perceber a necessidade de fazer um ritual, questioná-los quanto à sua validade e tentar modificá-los com algum dos exercícios que aprendeu com seu terapeuta. Deve praticar os exercícios cognitivos todas as vezes que um pensamento automático distorcido (obsessão) invadir sua mente, até que o raciocínio lógico os corrija e essa se torne a forma habitual de estabelecer conclusões. A razão e a lógica constituem os grandes recursos para vencer os medos.



Lembrete

Medos a gente perde enfrentando.

ESPAÇANDO AS SESSÕES

Como já foi comentado, quando os sintomas estão bastante reduzidos, é possível diminuir a freqüência da terapia, talvez para sessões quinzenais ou a cada três semanas. Você deve sempre levar para as sessões sua lista ou questionário de sintomas, a relação dos exercícios que foram combinados na última sessão e, eventualmente, algumas escalas de automonitoramento relativas ao intervalo entre as sessões ou à última semana. Também deve preencher a escala Y-BOCS ou a OCI-R pelo menos uma vez por mês e levá-las para as sessões, assim como os demais materiais, para poder revisá-los com o terapeuta e planejar os exercícios seguintes e a continuidade do tratamento, que deve prosseguir até o desaparecimento completo dos sintomas.

RESUMO E DESTAQUES

- A TCC para o TOC geralmente é uma terapia breve, de 13 a 20 sessões ou até menos. A fase inicial é destinada à psicoeducação do paciente: conhecimento do que é o TOC, quais são seus sintomas, quais são os tratamentos existentes, o que é a TCC e como ela consegue reduzir os sintomas.
- A base teórica para a redução dos sintomas, pelos exercícios de exposição e prevenção dos rituais, é o fenômeno da habituação e das técnicas cognitivas a correção de pensamentos e crenças disfuncionais pelos diversos exercícios de busca de evidências (técnicas cognitivas).
- É comum iniciar pelos exercícios comportamentais de exposição e prevenção de rituais, exceto quando o paciente apresenta predominantemente obsessões (pensamentos impróprios, obsessões de conteúdo mágico), situações em que, eventualmente, inicia-se por técnicas cognitivas.
- Na continuação da terapia, as sessões costumam seguir uma mesma estruturação:
  1. Revisão do humor ou dos sintomas.
  2. Revisão das tarefas de casa, dos eventuais lapsos, impasses ou recaídas.
  3. Reforço de aspectos teóricos e psicoeducativos do TOC.
  4. Automonitoramento, por meio do uso de escalas e planilhas.
  5. Revisão da lista ou questionário inicial de sintomas, para a combinação de novas tarefas para casa.
  6. Encerramento da sessão com a resposta do paciente a uma pergunta do terapeuta, como: “da sessão de hoje, o que tu destacarias?” ou “o que ficou de mais importante para ti”?
- As sessões vão sendo espaçadas à medida que os sintomas vão sendo eliminados ou que sua intensidade vai sendo reduzida.
- O TOC a princípio não tem cura, pois não se conhecem a fundo suas causas. A terapia remove ou modifica fatores de natureza psicológica que contribuem para a origem (as crenças distorcidas) ou a perpetuação dos sintomas (reforço negativo), como os comportamentos evitativos, os rituais e as estratégias de neutralização, podendo eliminar por completo os sintomas.
- As recaídas são sempre possíveis, particularmente quando os sintomas forem graves e de início muito precoce. Por esse motivo, o portador do TOC deve estar sempre vigilante para um possível reaparecimento dos sintomas.

Capítulo 17

A ALTA E A PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Como já comentamos, o TOC é um transtorno crônico que, a princípio, não tem cura, pois não se conhecem bem as suas causas e, portanto, não se tem certeza de terem sido removidas quando se realiza o tratamento. O que se consegue é uma redução dos sintomas que muitas vezes pode chegar à sua eliminação completa, podendo o paciente ficar livre deles para o resto da sua vida. Entretanto, o mais comum é que a pessoa esteja sujeita a freqüentes recaídas, particularmente quando o tratamento medicamentoso é interrompido. Na TCC, pacientes que conseguem redução completa ou quase completa dos sintomas têm menos riscos de recaídas, mas, mesmo nesse caso, a recaída é sempre uma possibilidade. Existem alguns recursos que permitem ao paciente identificar previamente situações nas quais pode haver o risco de recaídas ou de cometer pequenos lapsos e falhas nos seus propósitos: são as situações, locais, objetos ou pessoas que ativam as suas obsessões e o compelem a realizar rituais, são as chamadas situações-gatilho. Identificá-las previamente e planejar estratégias para enfrentá-las é essencial.

A TCC do TOC é breve. Na maioria das vezes, quando os sintomas são leves ou moderados e não existem co-morbidades associadas, sua duração é de 10 e 15 sessões, embora os especialistas recomendem que seja de 13 a 20.[78] A meta é a obtenção da remissão completa dos sintomas. Essa condição é atingida quando as pontuações na escala Y-BOCS são menores do que 8. As pesquisas têm demonstrado que os pacientes que obtêm remissão completa dos sintomas ao final da terapia geralmente não apresentam recaídas, mesmo depois de longos períodos de acompanhamento.[112] Por esse motivo, este tem sido o objetivo dos tratamentos. A alta é proposta quando tal objetivo é alcançado ou quando a maioria dos sintomas é eliminada.

Muitos pacientes permanecem com alguns sintomas mesmo depois de encerrarem o tratamento. Nesse grupo, são comuns as recaídas, que costumam ser de pouca intensidade e ter duração menor. Infelizmente, outro grupo de pacientes (em torno de 30%) não consegue melhorar com a terapia, o que é muito comum, por exemplo, quando existem co-morbidades (depressão, psicoses, transtorno bipolar, transtorno de Tourette, etc.), quando os sintomas são muito graves e muito antigos, quando as convicções sobre os sintomas são muito rígidas ou, ainda, quando o paciente não se empenha em realizar as tarefas de casa (não-adesão ao tratamento). Nesses casos, depois de determinado tempo (p. ex., 20 sessões), o profissional poderá interromper a terapia e sugerir alternativas de tratamento, como o uso isolado ou associado de medicamentos, outras abordagens psicoterápicas ou, até mesmo, o tratamento em regime de internação.

Se você conseguiu por si mesmo, ou com a ajuda do terapeuta, uma redução satisfatória dos sintomas ou sua eliminação completa, é essencial saber como prevenir eventuais recaídas. No presente capítulo, serão abordadas algumas estratégias que poderão auxiliá-lo nesse sentido, relembrando, mais uma vez, que as recaídas tendem a não ocorrer quando se consegue eliminar por completo os sintomas.

A PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

A luta não terminou

Vamos supor que você tenha encerrado, com sucesso, a luta contra os sintomas OC. Venceu seus medos e controlou suas "manias". Os pensamentos ruins ou impróprios que tanto o atormentavam

praticamente não passam mais pela sua cabeça, raras vezes aparecem ou, quando aparecem, é com menor intensidade. Além disso, eles provocam menos aflição ou invadem a sua mente por períodos breves, e você aprendeu a não dar importância a eles, pois são apenas sintomas de um transtorno – o TOC. É preciso lembrar, contudo, que eles estão lá, querendo reaparecer. Uma paciente comentava que o TOC "é como uma árvore da qual a gente poda os galhos, mas eles estão sempre lá, brotando. É preciso estar sempre atento e cortar todo e qualquer broto novo que aparece". De fato, a terapia cognitivo-comportamental e os medicamentos não curam o TOC.

Sabe-se que muitos pacientes têm predisposição genética ao TOC, quando, por exemplo, seus pais, irmãos ou avós têm esse transtorno. Isso significa que nasceram com possibilidade maior do que outros indivíduos de desenvolver a doença. Sabemos, também, que os tratamentos não removem as causas, pois elas não são bem conhecidas, mas diminuem ou eliminam fatores que contribuem para a manutenção e o agravamento dos sintomas. A terapia cognitivo-comportamental, especificamente, atua sobre aprendizagens erradas e crenças distorcidas que, com certeza, exercem tal papel. Identificá-las e conseguir corrigi-las, sem dúvida, representa a eliminação de fatores que contribuem para o surgimento e a manutenção dos sintomas. Da mesma forma, quando você deixa de fazer um ritual, elimina um fator que o estimula a repeti-lo, que é o alívio obtido com a sua realização, além de perder o medo que o leva a fazer rituais. O mesmo acontece quando você não dá importância a pensamentos impróprios ou a maus pensamentos e não luta contra eles: acabam desaparecendo por si. São lições que você aprendeu ao longo da terapia. Certamente, se esses objetivos foram atingidos, há boa chance de você se ver livre dos sintomas por muito tempo e, talvez, para sempre.

Já que você fez progressos, reduziu ou eliminou os seus sintomas e dispõe de diversas ferramentas para lidar com eles (as técnicas comportamentais e cognitivas), o importante é continuar utilizando tais ferramentas para não retroceder e, se possível, melhorar ainda mais. Isso será mais fácil se você planejar algumas medidas para adotar no futuro, depois que encerrar a terapia. Neste capítulo, vamos dar algumas dicas que o auxiliarão a continuar na luta contra os sintomas, mantendo ou aumentando as conquistas e, quem sabe, vencendo definitivamente o TOC.

O TOC é uma doença crônica

O TOC é uma doença crônica, como foi várias vezes dito ao longo deste livro. Dificilmente os sintomas desaparecem de forma espontânea, sem tratamento. Na maioria dos casos, acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, ocupando boa parte do seu tempo. Uma pesquisa que acompanhou 144 portadores de TOC ao longo de 40 anos verificou que em apenas 20% deles os sintomas haviam desaparecido por completo sem tratamento.[7] Outras pesquisas constataram que a maioria dos pacientes que não buscavam tratamento (entre 64 e 85%) tendia a ter sintomas crônicos, com pequenas oscilações, e que aproximadamente 10% tendiam a evoluir, com o passar do tempo, para deterioração progressiva, acarretando grave incapacitação. Apenas uma minoria (2 a 26%) apresentava a doença sob a forma de episódios, permanecendo sem sintomas durante os intervalos.[5,6,8]

A questão é: o tratamento modifica ou não o curso da doença que, ao natural, tende a ser crônico? Ou melhor: quando se consegue diminuir os sintomas ou eliminá-los, esse benefício se mantém ao longo do tempo, ou os sintomas acabam voltando?

Pesquisas têm demonstrado que a maioria dos pacientes consegue, com a TCC, uma redução significativa dos sintomas. Existe, inclusive, um pequeno grupo de pacientes que, mesmo apresentando sintomas graves e de longa data, responde à TCC de forma rápida, livrando-se completamente dos sintomas do TOC em poucas sessões. Mas são poucos. São pacientes altamente motivados, com uma grande curiosidade sobre o TOC, boa capacidade de introspecção, altamente motivados para fazer os exercícios (em geral fazem até mais do que é sugerido), que têm uma boa consciência de que são portadores de um transtorno, reconhecem os sintomas e rapidamente aderem às tarefas. Infelizmente, 20 a 30% dos pacientes que buscam o tratamento não respondem ou não conseguem se beneficiar com a abordagem terapêutica. A ciência não conseguiu, até o presente momento, esclarecer as diferenças entre um e outro grupo nem as razões dessa resposta tão diferente ao tratamento. Sabe-se que as recaídas são freqüentes em casos de interrupção dos medicamentos, quando estes são utilizados. Com a terapia cognitivo-comportamental, parece que as recaídas são menores e os benefícios geralmente são mais duradouros, embora ainda não se saiba por quanto tempo. É interessante mencio-

nar, ainda, que as pesquisas têm mostrado que a intensidade dos sintomas pode continuar diminuindo com o passar do tempo, mesmo depois de encerrado o tratamento. Esse fato foi observado em uma pesquisa realizada no Brasil e também foi relatado por investigadores de outros países.[6]

Lapsos

Pela natureza crônica do transtorno, por sua etiologia neuropsiquiátrica e pela possibilidade de que fatores genéticos concorram, criando uma predisposição que não pode ser removida, é de se esperar que, com o tempo, aconteçam recaídas. O mais comum, entretanto, é que na fase final do tratamento, quando as melhoras ainda não estão bem consolidadas, lapsos passageiros ocorram. Contudo, eles não significam o retorno dos sintomas e não constituem recaídas.

Mesmo depois de praticamente todos os sintomas terem sido eliminados, é comum que, por distração ou por descuido, ocorram episódios isolados, de curta duração. Nesses casos, é possível que você realize rituais ou evite contato com objetos ou pessoas sem se dar conta, como era habituado a fazer antes do tratamento. Tais episódios são chamados de lapsos e se manifestam sob a forma de falhas, esquecimentos ou pequenos "escorregões". Em geral, são involuntários e de curta duração – minutos ou horas – e muitas vezes você só os percebe durante ou após sua ocorrência. Em outras ocasiões, os lapsos são conscientes, e você se sente frustrado, interpretando a falha como recaída e, portanto, como fracasso do tratamento e de todo o seu esforço, acreditando que não tenha valido a pena. Isso o deixa deprimido, culpado, sentindo-se incapaz de lutar contra o TOC e pensando seriamente em desistir de tudo e entregar-se novamente aos rituais, pois nada dá resultado.

Pequenos lapsos são muito comuns, particularmente na fase da mudança. Isso ocorre porque os rituais constituíam hábitos arraigados, e é difícil, de uma hora para outra, desaprender comportamentos automatizados, realizados sem que o indivíduo se dê conta. Nesse sentido, os lapsos não têm significado maior e não representam recaídas. É mais preocupante quando você faz um ritual de forma consciente – o que não deixa de ser um comportamento voluntário, sobre o qual poderia ter controle. A forma como esses lapsos podem ser interpretados (recaídas ou fracasso terapêutico) é importante, pois a interpretação negativa pode fazer com que você desista de continuar lutando, transformando o lapso em verdadeira recaída.

Interpretando um lapso como uma recaída: um exemplo

Um paciente, funcionário e dirigente de uma empresa multinacional, sempre teve excelente desempenho profissional, mesmo em épocas em que era atormentado por obsessões de conteúdo violento e agressivo. Diante do retorno das obsessões durante dois dias, relatou a seguinte série de pensamentos catastróficos que o deixavam deprimido e desanimado:

"A presença desses sintomas significa que estou tendo uma recaída do TOC!"

↓

"Os sintomas vão interferir no meu desempenho profissional!"

↓

"A empresa vai notar e vai me despedir!"

↓

"Não poderei mais garantir o sustento da minha família!"

↓

"Não sei o que será deles se eu não puder mais trabalhar!"

Também pode ser considerado lapso o retorno, por curto espaço de tempo (menos de duas semanas), de obsessões não-acompanhadas de rituais, mas de nível de ansiedade suficiente para causar desconforto. Normalmente, isso ocorre em conseqüência dos pensamentos automáticos que são ativados nessas circunstâncias, os quais, por sua vez, podem produzir uma cascata de outros pensamentos negativos ou catastróficos distorcidos e, como conseqüência, a necessidade de executar rituais ou de evitar contatos.

Tais pensamentos atormentam o paciente citado no exemplo, pois, em um primeiro momento, ele os considerava verdadeiros e, portanto, com grande possibilidade de virem a acontecer, desconsiderando todas as evidências contrárias (sua própria história pessoal), como acontece com os pensamentos automáticos em geral. Particularmente a última dúvida ativava um ciclo interminável de ruminações obsessivas, relacionadas à elevada necessidade de ter certeza, o qual ele tinha dificuldade de interromper. O questionamento socrático (exame das evidências) de cada uma das afirmativas cessou o ciclo.

Recaídas

As recaídas correspondem ao retorno dos sintomas de forma mais consistente e duradoura, acompanhado de desconforto ou de interferência nas atividades diárias depois de uma fase em que estavam muito diminuídos ou ausentes (o tratamento havia sido efetivo). Se, mesmo depois do tratamento, os sintomas persistem em certo grau (melhora parcial ou não-melhora), o aumento de sua intensidade deve ser considerado como uma piora. Alguns pesquisadores consideram duas semanas o tempo mínimo para que o retorno ou o agravamento dos sintomas seja considerado recaída. Para identificar com maior precisão a recaída ou a piora, pode-se utilizar a escala Y-BOCS ou a OCI-R e verificar se os pontos aumentaram mais do que 35% em relação à última vez em que foi aplicada ou em relação à pontuação obtida no final do tratamento. Deve-se observar, também, se o escore está acima de 15 (16 ou mais) na Y-BOCS. Abaixo disso, o TOC é considerado subclínico, ou seja, os sintomas existem, mas provavelmente não preenchem os critérios exigidos para o diagnóstico do transtorno. Se você de fato apresentou recaída, deve analisar os motivos que podem ter concorrido para isso: interrompeu os medicamentos, passou por período ou situação de estresse, estava deprimido, deixou de fazer os exercícios, etc.

Estratégias de prevenção de recaídas

Existem alguns recursos que podem auxiliar você a prevenir as recaídas.

Identifique as situações-gatilho que ativam as obsessões e o impulso de realizar rituais

No modelo comportamental do TOC, por um mecanismo de generalização, os sintomas são desencadeados por inúmeros objetos (maçanetas de porta, tampas de vasos sanitários, móveis), locais (entrada da casa, hospitais), horários ou situações (deitar, levantar, sair de casa) considerados gatilhos do TOC. Assim, ao entrar em contato com eles, por força dessa associação, você tem sua mente invadida por obsessões e é compelido a fazer rituais ou a evitar o contato. São essas situações-gatilho, portanto, que, daqui para a frente, vão merecer a máxima atenção, pois podem provocar eventuais lapsos ou, até, recaídas. Preparar-se com antecedência para enfrentá-las, definindo estratégias (o que você pode fazer na situação), pode ser de grande utilidade para prevenir a volta dos sintomas.

O primeiro passo consiste em identificar as circunstâncias de risco que ativam suas obsessões e o compelem a fazer rituais ou adotar comportamentos evitativos. As mais comuns são a hora de deitar e de sair de casa, para os verificadores; a hora de chegar em casa da rua ou do supermercado, de usar o banheiro, de andar em transporte coletivo, de andar na rua, de ir a um restaurante ou hotel, para os que têm obsessões por contaminação; o momento de entrar no quarto, para os que têm obsessões e compulsões por ordem, simetria ou alinhamento; certos horários, números e roupas, para os que apresentam

obsessões de conteúdo mágico, religioso ou agressivo, etc. Você deve guardar essa lista na memória e preparar-se com antecedência quando tiver que enfrentar tais situações.

Mantenha-se vigilante

Se você quer se livrar do TOC, é preciso de manter atitude de vigilância permanente, especialmente para as situações-gatilho e tentar prever, com antecedência, quando vai se defrontar com alguma dessas situações. Particularmente, são importantes as circunstâncias sobre as quais você ainda não desenvolveu domínio completo. Esteja atento para manter seu autocontrole e abster-se de evitar as situações ou fazer de forma automática os rituais aos quais estava habituado e não dê importância às obsessões – elas são apenas sintomas do TOC e não representam qualquer perigo real. É como se você tivesse uma memória física dos medos: os locais ou os objetos produzem reações físicas de medo, involuntárias, que só o tempo fará desaparecer. O importante não é a reação, mas a interpretação que você dá ao pensamento que invade sua mente no momento (de que existe risco ou de que você é responsável e pode falhar). A interpretação errônea e a repetição eventual de um ritual reforçam o TOC.



Lembrete

O preço da liberdade é a eterna vigilância!

Prepare estratégias de enfrentamento com antecedência

Para enfrentar as situações-gatilho, planejamento é fundamental. Talvez esse seja o principal segredo do sucesso dos grandes aventureiros, descobridores ou daqueles que se envolvem em empreendimentos difíceis ou considerados até impossíveis. Vencer o TOC certamente não é uma tarefa tão difícil quanto chegar ao topo do Everest, por exemplo, mas exige que você se prepare para enfrentar os momentos ou as situações de risco, estando com as ferramentas à mão. Você deve preparar a lista das situações-gatilho para o seu caso e decidir, com antecedência, o que vai fazer ou deixar de fazer na ocasião (enfrentamento, abstenção de fazer qualquer ritual, mesmo que sutil), além de automatizar alguns exercícios cognitivos. É importante, também, prever como vai se comportar no enfrentamento das situações: por quanto tempo, onde, de que forma. Por exemplo: “vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa durante 15 minutos” ou “vou chegar em casa e não vou trocar a roupa ou lavar as mãos imediatamente”, “vou escovar os dentes e não vou lavar a torneira”.

Procure distrair-se

Ao entrar em contato com situação de risco, além de executar as tarefas de exposição e prevenção de rituais planejadas, você deve procurar se entreter com outros pensamentos ou atividades práticas que não estejam relacionados com seus medos. Isso ajuda a reduzir a aflição e o impulso de executar rituais. Também é importante não dar importância a obsessões, evitar focar sua mente nos conteúdos dessas obsessões ou aumentar a atenção e os cuidados (hipervigilância) em relação a onde vai tocar, como vai segurar algo, etc. Procure se distrair e não pensar. Não ande na rua olhando exatamente onde pisa para não se contaminar. Olhe para os edifícios, para as vitrinas das lojas, para as pessoas que passam.

Converse consigo mesmo

Conversar consigo mesmo, com seu lado racional, auxilia no autocontrole. Você pode repetir mentalmente instruções de enfrentamento, dizendo para si mesmo: “eu tenho condições de me controlar”,

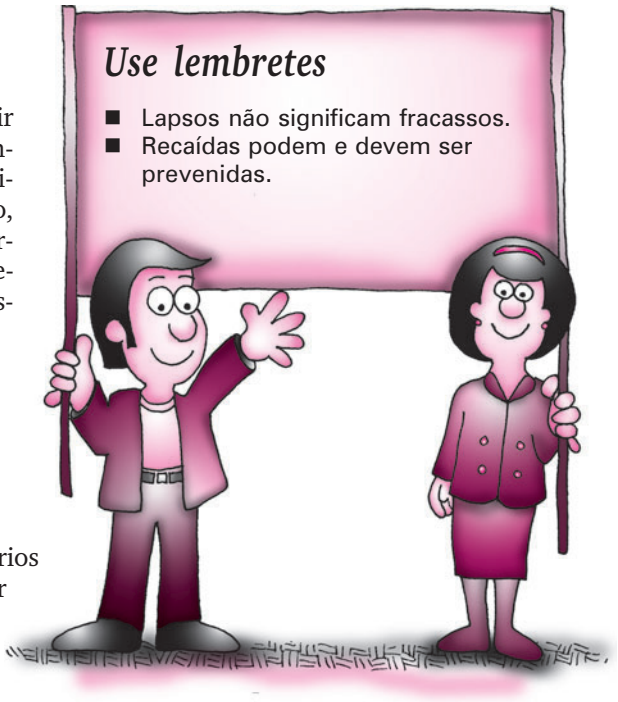
"não vá verificar se a torneira ficou fechada", "esqueça o fogão", etc. Mas é preciso ter cuidado: essas instruções não devem se transformar em compulsões mentais. As frases devem ser ditas apenas uma ou duas vezes, não há necessidade de repeti-las.

Previna as conseqüências de ter cometido lapso

O lapso pode desencadear pensamentos automáticos negativos relativos à incapacidade e ao fracasso terapêutico, ativando crenças de que você é um fraco, um covarde que não enfrenta seus medos, de que é incapaz de se autocontrolar, de que é incompetente ou outros pensamentos catastróficos, sentimentos de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. No entanto, lembre que um lapso não significa uma recaída. Falhar é humano. Você não deve se deixar abater nem permitir que o desânimo o domine. Se necessário, recomeçará tudo de novo.

Use lembretes

Lembretes auxiliam em vários aspectos: distinguir entre comportamentos normais e sintomas, lembrar estratégias, corrigir pensamentos automáticos negativos ou catastróficos, diminuir a aflição, interromper a execução de rituais. Da mesma forma que com as conversas consigo mesmo, é preciso cuidado para que esses lembretes não se transformem em obsessões.



Fique atento aos pensamentos automáticos ou catastróficos e às crenças erradas e corrija-os o mais rápido possível

Você deve manter presentes em sua mente os vários exercícios cognitivos aprendidos para corrigir crenças erradas: eles formam seu arsenal de defesa, uma caixa de ferramentas que pode ser usada sempre que necessário. Quanto mais praticar, mais automática será sua aplicação, assim como ocorre quando se aprende a dirigir, a nadar ou a andar de bicicleta.

É importante lembrar que o grande problema são as interpretações distorcidas, bem como as conclusões a que você chega sem ter provas. Muitas bobagens passam por sua cabeça, mas você não deve levá-las a sério. É preciso ter atitude de cientista: considerar as coisas que passam por sua mente apenas como hipóteses, e não como verdades. O portador de TOC constrói uma prisão para si mesmo com seus medos, um verdadeiro labirinto do qual precisa se libertar. As crenças e os medos ocorrem porque sofre de um transtorno, e não porque eles são verdadeiros.

Procure se comportar como as pessoas que não têm TOC

Fazer rituais e evitações pode ser uma tentação muito fortes para obter alívio em momentos de medo ou de desconforto. Você pode ter dificuldade de evitar esses comportamentos se não reconhecer que são excessivos e, portanto, anormais. E é muito comum o portador do TOC não saber mais distinguir as compulsões do TOC de comportamentos aceitáveis, "normais". Observe, sempre que possível, como as demais pessoas se comportam nos diversos lugares, e procure se comportar da mesma maneira. Após a terapia, na dúvida, consulte um amigo ou solicite a ajuda de um familiar em quem confia e com quem tem boa relação, para saber se você ainda se enquadra dentro da faixa da normalidade ou se seus medos e comportamentos estão fora dessa faixa.

Aprenda a lidar com os estresses da vida

Você tem de aprender a lidar com os problemas existenciais que podem agravar os sintomas. Perdas, separações, mudanças de emprego, conflitos familiares ou profissionais e, até mesmo, acontecimentos positivos, como casamento, gravidez, nascimento do filho, ascensão na carreira, novas responsabilidades, excesso de trabalho, entre outros, podem provocar recaídas. Se for o caso, solicite a ajuda do terapeuta para lidar com tais situações.

Trate depressões ou outras condições mentais associadas

A depressão é muito comum em portadores do TOC. Um estudo mostrou que dois terços dos pacientes tiveram depressão maior ao longo da vida e um terço apresentava esse quadro no momento da avaliação. Esse estudo concluiu, ainda, que, em 85% dos casos, a depressão era secundária ao TOC, e apenas em 15% era uma co-morbidade (transtorno associado).[156] Se, além dos sintomas OC, de vez em quando você apresenta depressões, nessas ocasiões há risco maior de não resistir às obsessões e de executar rituais novamente. É importante que você faça tudo o que estiver ao seu alcance para que não ocorram episódios depressivos. Não deixar de tomar os medicamentos (se for o caso) é fundamental, especialmente se a depressão é recorrente. Se você estiver se sentindo deprimido e, por acaso, interrompeu o uso de remédios há bastante tempo, volte a consultar o médico e verifique se é possível tomar o mesmo medicamento para tratar o TOC e a depressão. Se a depressão for conseqüência de problemas pelos quais você está passando e não consegue resolver sozinho, é preciso procurar ajuda. Se é portador de outras psicopatologias, como pânico ou transtorno bipolar, deve fazer o mesmo: se perceber que está tendo uma recaída, procure ajuda imediatamente.

Faça revisões periódicas com o terapeuta

Caso tenham ocorrido lapsos, estes devem ser analisados. É preciso descobrir o que os provocou, quais foram os pensamentos automáticos ou crenças e suas conseqüências, relembrar tanto os exercícios de exposição e prevenção de rituais como as técnicas de correção de pensamentos e crenças distorcidos, etc. Reveja com o médico ou com o terapeuta a lista dos sintomas e as estratégias escolhidas para vencê-los. É muito útil revisá-las de vez em quando, pois você sente novo ânimo para continuar lutando. É muito difícil ser persistente quando se fica sozinho por muito tempo.

Não interrompa os medicamentos

O Capítulo 19 aborda o uso de medicamentos no TOC. Se você os utiliza, somente deve suspendê-los se seu médico concordar. Se conseguiu eliminar por completo os sintomas, deve manter o uso por, pelo menos, mais seis meses ou, eventualmente, por até dois anos, mesmo que não apresente recaídas. Depois desse período sem recaídas, você poderá interromper o uso, mas combine isso com seu médico. Primeiro ouça a opinião dele e, se mesmo usando os remédios, apresentar mais de duas recaídas graves ou mais de três recaídas moderadas, é preciso pensar na possibilidade de manter os medicamentos por períodos maiores, talvez por toda a vida. É importante lembrar que a interrupção de psicofármacos sempre deve ser gradativa.

Participe de associações de portadores de TOC

O terapeuta pode informá-lo sobre associações de portadores de TOC localizadas na sua região. Entrar em contato com os membros da associação e freqüentar as reuniões pode auxiliá-lo. Você também pode se associar a entidades fora de sua cidade, como a ASTOC e a AGATOC ou, até mesmo, a entidades internacionais – como a OCD Foundation, passando a receber boletins e informativos (ver, no Anexo, alguns *sites* sobre o TOC). A participação em associações é importante para que você não se sinta só na luta contra o transtorno. Dessa forma, você se sente estimulado pelo convívio com os demais portadores, troca experiências e pode dedicar parte do seu tempo, como voluntário, à associação, ajudando outras pessoas.

Saiba tudo sobre o TOC

Você deve ficar atento e ler todas as matérias publicadas em jornais e revistas sobre o TOC. É possível que, a qualquer momento, novos recursos estejam disponíveis, e técnicas que agora são experimentais possam já estar disponíveis, como a neurocirurgia com raios gama ou a estimulação magnética cerebral profunda. Participar de eventos e informar-se sobre o lançamento de novos livros a respeito do transtorno ajuda a mantê-lo atualizado sobre o assunto. Você pode manter contato com o seu terapeuta, mesmo depois da alta, para que ele o informe a respeito das novidades, e visitar periodicamente os *sites* especializados na internet, buscando notícias, resultados de pesquisas, etc. No final do livro, apresentamos uma lista de publicações científicas e de livros especializados. A maioria das referências são livros técnicos e artigos de revistas especializadas, mas há, também, alguns manuais para leigos.



PODE-SE FALAR EM ALTA?

É possível que chegue um momento no tratamento em que você fique sem apresentar sintomas durante vários meses, sentindo-se bem sem tomar medicamentos e não vendo mais necessidade ou motivo para continuar fazendo revisões com o terapeuta. Pode ser, também, que você nunca mais tenha sintomas. Por uma questão prática, talvez o melhor seja encerrar o tratamento. Mas lembre-se: o TOC é um transtorno crônico, para o qual não existe abordagem terapêutica que leve à cura. Não se esqueça de que as recaídas são comuns. Assim, caso perceba qualquer sinal nesse sentido, volte a procurar seu médico ou terapeuta. Especialmente se os seus sintomas foram muito graves, é interessante, por algum tempo, fazer sessões de reforço com o seu terapeuta.

RESUMO E DESTAQUES

- O TOC é um transtorno crônico do qual não se conhecem, de forma mais precisa, as causas. Por esse motivo, provavelmente, não sejam removidas com o tratamento.
- Os tratamentos atuais são eficazes em reduzir em 70% ou mais a intensidade dos sintomas, e um bom número de pacientes consegue eliminá-los por completo.
- A eliminação completa dos sintomas durante o tratamento está associada a um índice menor de recaídas. Entretanto, quando a remissão é parcial, as recaídas são freqüentes.

Algumas estratégias que auxiliam o paciente a prevenir recaídas

- Identificar as situações-gatilho que desencadeiam as obsessões ou a necessidade de executar rituais.
- Preparar, com antecedência, estratégias de enfrentamento.
- Manter-se vigilante, lembrando que "o preço da liberdade é a eterna vigilância".
- Nos momentos críticos, em que surge o impulso de fazer rituais, procurar resistir e distrair-se.
- Conversar consigo mesmo sobre a melhor maneira de enfrentar os momentos críticos (situações-gatilho).
- Não interpretar um lapso como uma recaída e não desistir de lutar.
- Usar lembretes.
- Corrigir pensamentos distorcidos sobre o fato de ter sofrido um lapso.
- Procurar comportar-se como as pessoas que não são portadoras do TOC.
- Aprender a lidar com os estresses da vida.
- Tratar as depressões ou outras condições mentais associadas, as quais podem predispor a recaídas.
- Fazer revisões periódicas com o terapeuta.
- Não interromper o uso de medicamentos sem combinar com o médico.
- Participar das associações de portadores de TOC.
- Saber tudo sobre o TOC.

parte V

Tópicos especiais

Capítulo 18

O PORTADOR DE TOC E A FAMÍLIA

O TOC é uma doença, muitas vezes, devastadora, que altera tanto a vida do paciente como a vida de toda a família. Ter um familiar com o transtorno costuma comprometer a harmonia familiar (em virtude dos constantes conflitos) e causar uma redução na renda familiar (devido à freqüente incapacitação para o trabalho e à redução da produtividade). Esse tipo de situação provoca raiva e ressentimentos em razão das perdas de tempo, da dependência do paciente para a realização de suas atividades e do comprometimento do lazer e das atividades sociais e, não raro, existe o claro desejo de que o paciente se afaste da família. Por vezes, a família lida com esses conflitos acomodando-se aos sintomas. O envolvimento da família na terapia, em muitas situações, pode ser de grande ajuda ou, até mesmo, indispensável. No presente capítulo, vamos conhecer o impacto do TOC na vida da família, a importância desta no tratamento e as atitudes que auxiliam ou que prejudicam o paciente.

O TOC é um transtorno cujos sintomas, em geral, têm forte impacto sobre a família e sobre as pessoas mais próximas: cônjuge, namorado(a), colegas de trabalho e até amigos. Interfere na rotina da casa, nos compromissos sociais, nos momentos de lazer, nas férias da família e no trabalho. Como regra, para evitar conflitos, os demais membros da família acabam se adaptando aos sintomas e às exigências do paciente e, até mesmo, apoiando a realização dos rituais e os comportamentos evitativos. Esse fenômeno é chamado de acomodação familiar. Tal acomodação, em geral, é feita com raiva, ressentimento e frustração, que, freqüentemente, são exteriorizados sob a forma de discussões irritadas, brigas e até agressões físicas. Conflitos conjugais que podem evoluir para a separação são muito comuns. Uma pesquisa verificou que mais de 40% dos familiares de portadores de TOC havia modificado suas rotinas. A pesquisa mostrou também que, caso o paciente fosse o marido, 88,2% das esposas tinham se acomodado aos sintomas. O grau de acomodação é maior, especialmente no caso de sintomas graves e diante de outros conflitos entre os membros da família.[157,158] Por todos esses motivos, o TOC pode ser considerado uma doença familiar, tal o impacto que, na maioria das vezes, exerce sobre os demais membros, particularmente quando o portador ocupa uma posição de liderança no grupo: é o pai ou a mãe.

Um outro aspecto muito interessante que a ciência está procurando esclarecer é se o ambiente familiar ou a herança genética exercem alguma influência no aparecimento dos sintomas e de que forma esta se dá no TOC, pois é muito comum que várias pessoas apresentem os sintomas em uma mesma família. Não se sabe se isso ocorre por força de herança genética, a qual tornaria as pessoas predispostas a desenvolverem a doença, ou se é decorrente da influência que um membro pode exercer sobre os outros, ao incutir nos demais seus medos e seus rituais – a chamada aprendizagem social ou por observação.

O presente capítulo abordará a influência dos sintomas OC sobre os demais membros da família e as atitudes dos familiares que podem auxiliar o portador a vencê-los ou, eventualmente, favorecer a perpetuação do transtorno.

O TOC É UMA DOENÇA FAMILIAR

O TOC é quatro a cinco vezes mais comum entre familiares do que na população em geral, o que sugere que um fator familiar influencie o seu surgimento.[50] Tal fator pode ser o ambiente ou a genética, como comentamos. Em gêmeos idênticos, observou-se que a concordância (ambos apresentando o transtorno) é muito elevada, podendo chegar a mais de 80%. Além disso, a ocorrência de tiques em familiares de portadores também é maior. Esses dois aspectos constituem evidências da possível in-

fluência de um componente genético na etiologia da doença. Entretanto, estudos mais recentes têm apresentado resultados controversos quanto a essa possível transmissão e à forma como ocorre. Para tornar a questão ainda mais complexa, é importante sempre lembrar que o TOC é um transtorno bastante heterogêneo, e é possível, ainda, que a herança seja distinta para as diferentes apresentações, ou que tenha um peso maior para algumas formas do que para outras.[159,160]

O fato de haver mais de um familiar comprometido, especialmente quando se trata de alguém que está em posição de grande influência sobre os demais membros da família (como pai, mãe ou avô), além de sugerir possível fator de ordem genética, pode também sugerir influências ambientais: os rituais do TOC e as crenças distorcidas podem ter sido adquiridos (aprendidos) a partir da influência dessas pessoas.

Um pequeno exemplo clínico de influência familiar

Uma menina de dois anos usava, habitualmente, luvas para tocar nas maçanetas das portas, pois assim fora educada pela mãe, que apresentava sintomas OC graves. Os demais filhos não podiam entrar em casa com os sapatos ao chegarem da rua, e, de imediato, deviam tomar banho e trocar de roupa. O marido era obrigado a lavar a boca antes de dar-lhe um beijo. Ele comentava "ou me conformo ou tenho que sair de casa".

Interferência dos sintomas no funcionamento familiar

Certos sintomas interferem de forma mais acentuada no funcionamento da família: colecionismo, obsessões e compulsões por limpeza, obsessões e compulsões por ordem e simetria. Os colecionistas, por exemplo, geralmente se sentem bem ao lado das coisas que juntam, mesmo que a casa esteja atravancada de objetos sem utilidade. Sentem extremo desconforto ou raiva, como se fosse uma violação da sua privacidade, caso algum dos seus objetos tenha sido tocado ou trocado de lugar por terceiros. Muitas vezes, existem peças completamente ocupadas por objetos inúteis, e os corredores, eventualmente, ficam intransitáveis. Em muitos casos, existem dificuldades até para convidar outras pessoas a visitarem a casa, e são comuns os conflitos se alguém põe algo no lixo sem o seu consentimento. Eles têm grande necessidade de ter controle sobre os seus objetos, protegendo-os de eventuais danos ou do uso indevido e, principalmente, do extravio. Da mesma forma, os que apresentam obsessões por contaminação e rituais de lavagem costumam impor aos demais seus rituais, como os mencionados no exemplo recém citado. São exigências muitas vezes absurdas, às quais a família se submete como forma de evitar conflitos mais sérios e até separações. No entanto, a maioria dos familiares não acredita que essas acomodações contribuam para a melhora do paciente.

Um estudo verificou que 82% das esposas se acomodavam aos sintomas do paciente. A acomodação dos familiares correlacionava-se com um funcionamento familiar pobre, com um comprometimento global do funcionamento família, com atitudes de rejeição em relação ao paciente e com vários tipos de estresse familiar.[158] Outro estudo verificou que 58% dos pacientes envolviam os familiares em seus rituais; 58% tinham problemas em lidar com dinheiro; 52%, com desemprego; 45%, com colecionismo; e 42% tinham dificuldades para se vestir e se arrumar. A vida social da família ficou comprometida em 75% dos casos, e as suas atividades de lazer, em 64% dos casos. Os familiares consideravam a presença do portador como responsável pelas discórdias conjugais em 69% dos casos. Uma das maiores preocupações era com a perda da capacidade de trabalho do paciente, e pelo menos 45% deles temiam o que poderia acontecer depois que falecessem.[161]

Em geral, os familiares compartilham do sofrimento e da aflição do portador de TOC e acabam sofrendo da mesma forma. Relatam que não podem aproveitar a vida enquanto vêem seu familiar sofrendo com sua vida pessoal ou profissional comprometida.[161] Por não tolerarem a impotência sentida ao assistirem um ente querido ser prisioneiro de rituais exaustivos e intermináveis, apóiam

sua realização e atendem suas demandas, uma vez que isso proporciona alívio imediato. Entretanto, não se dão conta de que, com esse procedimento, reforçam o transtorno.

Mais um pequeno exemplo clínico de interferência na vida da família e de acomodação familiar

Uma paciente de 24 anos levava de 3 a 4 horas no banho e não conseguia encerrá-lo, pois ficava na dúvida sobre se havia lavado adequadamente todas as partes do seu corpo, necessitando passar o sabonete e enxaguar-se inúmeras vezes, ao ponto de provocar lesões em sua pele. Exigia a presença de um dos familiares – o pai ou a mãe – para certificá-la de que o banho estava bem feito e de que todas as partes do seu corpo estavam bem lavadas. Não iniciava o banho sem a presença do familiar e não conseguia encerrá-lo sem essa certificação, o que estava tornando a vida em família "um verdadeiro inferno", na expressão dos pais.

Dificuldades financeiras

Muitas vezes o TOC é incapacitante, impedindo o portador de ter uma atividade produtiva e de conseguir a sua independência econômica, o que representa um peso a mais para a família. Em outras ocasiões, o paciente tem dificuldades em se manter empregado em razão de sua baixa produtividade ou, até mesmo, de suas obsessões, rituais e evitações, que podem se agravar no trabalho. São comuns os pedidos de demissão e as mudanças de emprego. Em um estudo no qual foram entrevistados familiares de portadores do TOC, observou-se um grande número de pacientes adultos estava desempregado e morava com a família. Segundo 66% dos entrevistados, esse era o provável fator responsável pelas dificuldades financeiras da família.[161]

Formas de a família participar dos sintomas obsessivos

É muito comum que os membros da família se envolvam nos rituais do TOC. A seguir são citados alguns exemplos disso:

- Tirar os sapatos, trocar de roupa ou lavar as mãos antes de entrarem em casa.
- Lavar roupas, bolsas, chaves, carteira, celular ou outros objetos "contaminados", nos quais o paciente não toca, mas que seria desnecessário lavar.
- Oferecer reasseguramentos: "você não disse nada errado"; "você não está contaminado com o vírus HIV ou da raiva (se não houve comportamento de risco)"; "você fez a compra certa"; "as janelas estão todas fechadas", "suas roupas estão bem combinadas".
- Repetir várias vezes: "você não atropelou nenhum pedestre com o carro. Não precisa voltar para verificar".
- Não sentar no sofá ou na cama com as roupas que usou na rua.
- Evitar os lugares que o paciente tem medo de freqüentar, tais como cemitérios, hospitais, funerárias.

Sintomas que mais interferem no funcionamento familiar

- Colecionismo
- Obsessões e compulsões por limpeza
- Obsessões e compulsões por ordem e simetria
- Dúvidas, indecisão e lentificação motora

INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes, induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro, conflitos familiares podem agravar os sintomas do TOC. É comum que os sintomas

sejam mais intensos em casa e diminuam em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo.

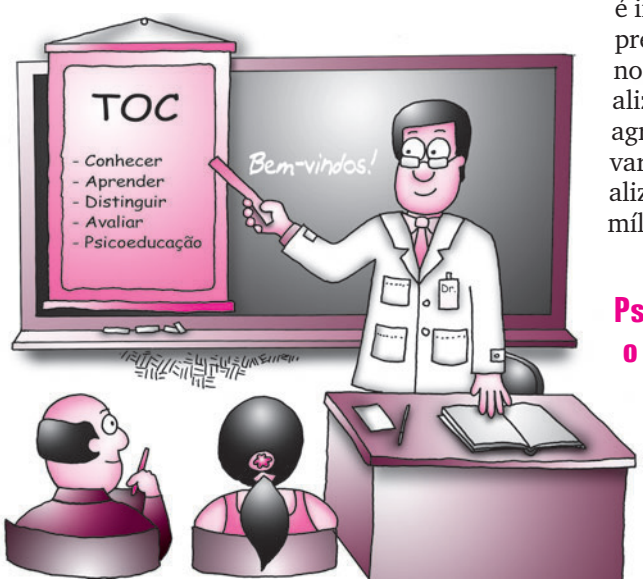
Exemplo clínico

Uma paciente apresentava, além de obsessões por limpeza e verificações, muitos comportamentos repetitivos. Os sintomas ocorriam apenas quando estava na casa dos pais. Quando viajava para outra cidade, eles praticamente desapareciam. Em sua casa, apagava e acendia várias vezes lâmpadas, TV e outros eletrodomésticos sempre que entrava em conflito com sua mãe, pessoa muito exigente, crítica e controladora. Todas as vezes que ocorria uma discussão, tais sintomas se exacerbavam e, imediatamente, ela necessitava apagar e acender as luzes e os outros aparelhos.

Acredita-se que as atitudes da família em relação aos sintomas (hostilidade, criticismo, rejeição) interfiram nos resultados do tratamento. Um estudo mostrou uma relação entre o criticismo percebido pelo paciente e as dificuldades em envolver-se em tarefas de EPR.[162] Os familiares tanto podem encorajar a busca de ajuda como desestimulá-la, em virtude de não acreditarem em possíveis mudanças. Podem influenciar na adesão às tarefas ou, em razão do criticismo exagerado, provocar abandonos. Não é raro o abandono do tratamento após uma discussão ou briga mais acalorada em casa.

SESSÕES CONJUNTAS: FAZER OU NÃO

Pelos motivos citados, muitos terapeutas costumam incluir os familiares no tratamento do TOC. Particularmente quando há participação evidente no reforço dos rituais e, sobretudo, quando os sintomas são muito graves e o paciente está dominado pelas suas obsessões, não oferecendo qualquer resistência aos rituais, é interessante a inclusão dos membros da família no tratamento. Ao contrário do que ocorre em outras modalidades terapêuticas, como a terapia de orientação analítica, na TCC do TOC é comum a realização de sessões conjuntas.[163] Esse tipo de sessão é recomendável quando os sintomas provocam muitos conflitos em família, no caso de pacientes adolescentes no início da puberdade, e absolutamente obrigatório quando o portador do transtorno é uma criança. Em pacientes graves e em crianças, todas as sessões podem ser conjuntas. Também é vantajosa a participação do cônjuge (ou namorado), particularmente se este for uma pessoa tolerante e flexível e o casal mantiver relacionamento de boa qualidade. O cônjuge pode oferecer uma ajuda valiosa na identificação dos sintomas, na avaliação dos progressos e em eventuais dificuldades ou recaídas. Fora dessas situações, é interessante realizar pelo menos algumas sessões com a presença dos familiares ao longo da terapia. Sugere-se, no mínimo, duas sessões conjuntas. É contra-indicado realizar sessões conjuntas quando o nível de conflito e de agressividade é muito elevado, pois elas poderiam agravar ainda mais a situação. Nesses casos, é interessante realizar, preliminarmente, sessões em separado, com a família ou com algum dos familiares.



Psicoeducação da família sobre o que é o TOC e sobre seu tratamento

Assim como acontece com os próprios pacientes, as pessoas – e também os familiares – não conhecem os sintomas do TOC, tampouco sabem que se trata de um transtorno psiquiátrico, e não têm informações sobre os tratamentos disponíveis. Esse desconhecimento é ainda maior no que se refere à terapia cognitivo-

comportamental. Uma razão a mais para a realização de algumas sessões conjuntas é poder informá-los sobre a natureza do TOC, sobre seus sintomas, sobre as possibilidades de tratamento, sobre as vantagens e desvantagens de cada modalidade (terapia de EPR e medicamentos) e, sobretudo, poder elucidar as dúvidas sobre as atitudes que poderiam ser favoráveis ao tratamento e ajudar o paciente ou, pelo contrário, contribuir para a manutenção ou até o agravamento do transtorno. Esses esclarecimentos são essenciais quando existem preconceitos e auxiliam a desenvolver atitudes mais realistas, objetivas, tolerantes e cooperativas. Além disso, a família pode ser de grande utilidade na coleta de informações por ocasião da avaliação inicial do paciente.

Auxiliando na coleta de informações e na elaboração da lista de sintomas

Caso o paciente não faça objeção, é interessante, ainda nas primeiras entrevistas de avaliação, comparecer acompanhado de um familiar, que poderá dar informações sobre comportamentos, medos, rituais e evitações, dos quais, eventualmente, o paciente nem se dá conta. Isso é imprescindível, como comentado, se o portador for criança ou adolescente, ou se os sintomas forem graves e incapacitantes. Na maioria das vezes, os portadores têm vergonha dos seus rituais, que podem ser escondidos. Nesses casos, deve ser respeitada sua intimidade, embora a revelação dos seus problemas aos demais familiares represente um passo importante no enfrentamento da doença.

Além de auxiliar na coleta dos dados e no esclarecimento da natureza do TOC, a entrevista conjunta é um recurso importante para avaliar a interferência dos sintomas na vida dos familiares e o grau em que foram obrigados a acomodarem-se a eles para evitarem conflitos maiores.

Informações a serem colhidas junto aos familiares:

- Sintomas que percebem no paciente.
- Situações ou horários em que os sintomas ocorrem.
- Época da vida (ou idade) em que os sintomas iniciaram e como evoluíram ao longo do tempo.
- Se houve ou não de alguma situação ou fato estressante que tenha desencadeado os sintomas ou que esteja associado ao início da doença.
- Curso dos sintomas ao longo dos anos: se flutuaram ou não com o decorrer do tempo; se variaram quanto ao tipo e o quanto comprometeram a sua vida.
- Tratamentos realizados e resultados obtidos.
- Existência de outros familiares com sintomas OC.
- Grau de interferência dos sintomas no funcionamento da família: como os sintomas alteraram a rotina da família e os conflitos que provocam.
- Grau de interferência dos sintomas nos desempenhos social, acadêmico e/ou profissional e o quanto o transtorno trouxe de prejuízos para todos.

Avaliação do grau de acomodação familiar

Na imensa maioria das vezes, o TOC acaba afetando toda a família. O grau de acomodação familiar está relacionado ao tipo de sintomas que o paciente apresenta e à gravidade desses sintomas. Para avaliá-lo, leva-se em consideração uma série de pontos: o quanto, na última semana, os familiares se preocuparam em tranqüilizar o paciente, assistiram à realização dos rituais, esperaram por ele em função de demoras provocadas pelos sintomas, tiveram que se conter para não dizer coisas que poderiam magoá-lo ou deixá-lo aflito, fizeram rituais ou evitações a pedido dele, ajudaram-no a completar os rituais, ajudaram a evitar o contato com lugares ou pessoas, ajudaram-no a completar as tarefas diárias, a tomar decisões, ou assumiram responsabilidades em nome dele, o quanto mudaram suas rotinas pessoais e o quanto mudaram suas rotinas familiares. Essas questões fazem parte da Escala de Acomodação Familiar, de Lisa Calvocoresi.[158] Geralmente, com o tratamento e com a melhora dos sintomas, as relações familiares tendem a se normalizar, observando-se uma redução no grau de acomodação.

Esclarecendo dúvidas sobre a terapia cognitivo-comportamental

Finalmente, é interessante que os fundamentos e as características da TCC sejam esclarecidos também para a família. Ela deve compreender em que pressupostos a TCC se baseia; que estudos embasaram sua aplicação e comprovaram sua efetividade; o que acontece durante a terapia (o aumento inicial da ansiedade em razão dos exercícios, o fenômeno da habituação e o desaparecimento gradual dos sintomas) e a importância da adesão do paciente aos exercícios. É importante, ainda, que sejam mencionados detalhes práticos, como o número e a freqüência das sessões, os temas de casa, o planejamento das tarefas de exposição e prevenção de rituais, as técnicas cognitivas e as perspectivas de melhora. Esses esclarecimentos, que podem ser fornecidos simultaneamente ao paciente e aos familiares, sem dúvida são essenciais para o paciente aderir ao tratamento e para ter os familiares como aliados. É interessante lembrar que uma das estratégias utilizadas com pacientes graves é combinar tarefas a serem feitas com algum familiar, para que este possa ajudá-lo. Nem sempre isso é possível, como no caso de o nível de conflitos ou de desarmonia familiar ser elevado.

Todas as sessões podem ocorrer sistematicamente, em conjunto (especialmente no caso de crianças e de pacientes graves). Algumas pesquisas verificaram que essa modalidade terapêutica, chamada multifamiliar, pode ser eficaz.[163] É interessante realizar uma ou mais sessões conjuntas no meio da terapia, ocasião em que os familiares podem dar o seu depoimento sobre o andamento dos exercícios, sobre a redução dos sintomas ou sobre impasses. Nesse caso, é conveniente combiná-las com antecedência e realizá-las em acordo com o paciente, e não de improviso. Esse é um excelente momento para discutir formas de cooperação e para esclarecer dúvidas. Entrevistas extras com familiares também podem ser programadas quando o terapeuta e o paciente julgarem ser de utilidade.

Riscos da entrevista conjunta

Embora seja muito importante falar sobre os conflitos, sobre quando eles acontecem, sobre as atitudes adotadas e sobre a forma como a família se acomodou aos sintomas, a entrevista conjunta pode apresentar riscos se a tensão dos familiares em relação ao portador de TOC atinge níveis muito elevados. Nessas condições, a sessão de terapia pode servir para o extravasamento de rancores e ressentimentos de forma descontrolada, podendo agravar ainda mais a situação e dificultar a formação de um ambiente colaborativo. É melhor esperar que as tensões diminuam, o que, em geral, ocorre quando os sintomas começam a ser reduzidos, para realizar a entrevista conjunta. Até que se chegue a esse ponto, o ideal é que as entrevistas sejam feitas separadamente.

ATITUDES QUE AUXILIAM OU QUE PREJUDICAM O PACIENTE

Durante a realização da TCC, é importante que os familiares sejam aliados do tratamento e que sua atitude favoreça as tarefas de exposição e prevenção de rituais, assim como a correção de crenças errôneas. Faz parte do bom senso supor que atitudes da família coerentes com as orientações da terapia favorecem a adesão do paciente e, conseqüentemente, bons resultados do tratamento. O contrário também é verdadeiro. Familiares que se opõem ao tratamento ou o sabotam certamente poderão tornar as coisas muito mais difíceis. Partindo desse pressuposto, a experiência clínica consolidou algumas recomendações destinadas aos familiares. Essas regras não são rígidas, inflexíveis ou autoritárias; pelo contrário, devem prevalecer, acima de tudo, o bom senso, a tolerância e o interesse genuíno em ajudar o paciente a vencer o transtorno.

Atitudes que auxiliam o paciente

1. Encorajá-lo, o máximo possível, a enfrentar as situações que evita e a abster-se de fazer os rituais. Lembrá-lo de que, especialmente no início, isso é muito difícil e pode provocar medo e aumento da aflição.
2. Se forem verificações, lembrá-lo de que são excessivas. Lembrá-lo, também, das combinações com o terapeuta: verificar as coisas apenas uma vez.

3. Alertar o paciente quando estiver executando algum comportamento ritualístico ou quando o medo for excessivo. Lembrá-lo de que a maioria das pessoas se comporta de forma diferente, mencionando exemplos.
4. Lembrá-lo de que a aflição passa e, em geral, desaparece rápida e naturalmente.
5. Responder às perguntas uma única vez. Ser honesto nas respostas, lembrando-o de que é o TOC e de que é a necessidade de ter certeza que o levam a repetir perguntas. Além disso, lembrá-lo de que é impossível ter certeza absoluta sobre muitas questões. Portanto, torna-se necessário conviver com incertezas e dúvidas.
6. Lembrá-lo de que ruminar é inútil, já que não acrescenta novas evidências ou novos fatos que ajudem a chegar a um maior grau de certeza, apenas produz aflição e mantém as dúvidas.
7. Usar lembretes com humor e sem agredir: "olha o TOC", "você não tem de...", "nem o Banco Central é tão seguro!", etc.
8. Procurar manter as combinações feitas com o terapeuta: "não vou lhe responder porque combinamos isso com seu terapeuta" ou "vou fechar o registro do seu chuveiro daqui a cinco minutos porque foi isso que nós combinamos com o seu terapeuta". Ser firme, sem ser autoritário.



9. Marcar o horário no qual sairão de casa para almoçar, jantar, etc. Se, por acaso, o paciente se atrasar, avisar quanto tempo mais vai esperá-lo. Passado esse tempo, cumprir o combinado.
10. Não deixar o TOC arruinar a vida da sua família: manter seus compromissos profissionais, horas de lazer e vida social.
11. Participar de grupos de apoio: familiares de outros pacientes poderão dar dicas valiosas sobre como lidar com os sintomas e com as diferentes situações que ocorrem a todo momento.
12. Dispor-se a apoiar o paciente na realização dos exercícios. Permanecer ao seu lado, especialmente durante atividades que produzem muito medo pela primeira vez.
13. Pedir que ele lhe avise quando estiver na iminência de fazer um ritual ao qual acredita não poder resistir. De forma gentil, estimulá-lo a resistir, sem pressioná-lo, permanecendo ao seu lado até o impulso diminuir, procurando distraí-lo.
14. Auxiliá-lo a completar a lista de sintomas, apontando aqueles que ele, talvez, não tenha percebido.
15. Ficar atento a sinais de recaída e descobrir uma forma gentil e delicada de sinalizar isso ao paciente.
16. Lembrar das combinações feitas com o terapeuta e ajudá-lo a mantê-las. A uma solicitação para romper uma regra perguntar: "o que foi que você combinou (ou combinamos), com seu terapeuta?"

Atitudes que devem ser evitadas

1. Estimular os rituais (mandar lavar as mãos) ou os comportamentos evitativos, para que a aflição diminua.
2. Ser impaciente. Deve-se controlar a aflição, manter a calma. Caso o paciente se recuse a fazer as exposições que foram combinadas ou a abster-se de executar rituais em alguma situação, não deve ser criticado. Se ele repetir perguntas já respondidas, lembre-o disso educadamente.
3. Pressioná-lo a todo o momento para que não se atrase. A pressão só tornará a situação ainda pior. Sob pressão, a ansiedade aumenta, e as dificuldades são ainda maiores para planejar a seqüência das tarefas ou para concluir o que está realizando, tornando tudo ainda mais lento.
4. Discutir acaloradamente com o paciente ou perder a paciência.

5. Guardar rancor ou ressentimento: é preciso lembrar-se de que as obsessões são pensamentos invasivos involuntários e os medos são irracionais. Muitas vezes elas estão em um nível tal que o paciente se sente incapaz de enfrentá-los.
6. Ridicularizá-lo, ser hostil ou excessivamente crítico. A maioria dos pacientes tem vergonha de seus rituais e tem baixa auto-estima. É cruel humilhá-los por problemas que ultrapassam sua capacidade de controle. O criticismo excessivo só piora as coisas.
7. Oferecer reasseguramentos para dúvidas ou obsessões de conteúdo aflitivo. Não se deve responder perguntas mais de uma vez. É melhor comentar que a pergunta já foi respondida, e que repetir a resposta "já é TOC".

Como regra geral, jamais se deve impedir o portador de TOC de realizar uma ritual utilizando meios físicos, a não ser que a execução do ritual represente algum risco de vida ao paciente ou que tenha havido acordo prévio para que isso seja feito.[137]

RESUMO E DESTAQUES

- O TOC tem forte impacto sobre a família: pode interferir gravemente no seu funcionamento e, não raro, provocar uma separação conjugal.
- Na maioria das vezes, os familiares são obrigados a acomodar-se aos sintomas OC, alterando suas rotinas comprometendo seu funcionamento, sua vida social, profissional e seu lazer.
- A acomodação familiar é maior quando o paciente apresenta obsessões e rituais de limpeza, ordem ou alinhamento, colecionismo, dúvidas, indecisão, lentificação motora ou sintomas muito graves.
- Acredita-se que a acomodação familiar contribua para a cronificação dos sintomas do TOC.
- É importante que a família conheça os sintomas do TOC, os tratamentos disponíveis, os fundamentos e os aspectos práticos da TCC do TOC, para poder colaborar com o tratamento, reduzir a hostilidade e o criticismo.
- Os familiares podem ser de grande ajuda no preenchimento do questionário, na elaboração da lista dos sintomas e na realização das tarefas de casa.
- É importante conhecer as atitudes que auxiliam ou que podem dificultar a realização dos exercícios de EPR, bem como vencer os preconceitos em relação ao TOC.
- É importante que a família conheça as atitudes que ajudam o paciente a vencer o TOC e as que o prejudicam.

Capítulo 19

O USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DO TOC

Uma das descobertas importantes em relação ao TOC foi a de que um grupo de medicamentos que aumenta os níveis de serotonina nas sinapses nervosas por meio da inibição de sua recaptação para dentro do neurônio diminui a intensidade dos sintomas OC. Esses medicamentos, junto com a terapia cognitivo-comportamental, são considerados, na atualidade, os tratamentos de primeira linha para o transtorno. No presente capítulo, vamos conhecer esse grupo de remédios: suas vantagens e desvantagens, como são usados na prática, as doses, e como lidar com os efeitos colaterais. Vamos ainda discutir as alternativas que existem e o que se pode fazer quando os medicamentos não funcionam.

Muitos medicamentos foram experimentados no tratamento do TOC. No entanto, um fato ficou evidente em inúmeras pesquisas: apenas os que tem o efeito de inibir a recaptação de serotonina (IRSs) são efetivos em reduzir os sintomas. Com a inibição da recaptação de serotonina pelas células nervosas, seus níveis se elevam nas sinapses (espaços existentes entre uma célula e outra), favorecendo a transmissão dos impulsos nervosos. Acredita-se que esse efeito tenha relação com a redução dos sintomas OC, embora não se conheça, em profundidade, como isso acontece.

A clomipramina (Anafranil) foi o primeiro medicamento cujo efeito antiobsessivo ficou comprovado, ainda na década de 1970, sendo até hoje muito utilizada no tratamento dos sintomas OC. Posteriormente, verificou-se que outros fármacos também apresentavam o mesmo efeito. Todos eles são medicamentos antidepressivos que pertencem ao grupo dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs).

Muitos pacientes têm preconceitos em relação a usar medicamentos. Acreditam que o remédio pode causar dependência; que é apenas um paliativo; que são pessoas mais fracas se precisam de medicamentos, pois eles representam uma muleta; que não tolerarão os efeitos colaterais ou que, uma vez que comecem a usá-los, terão de fazê-lo por toda a vida. Neste capítulo, vamos falar brevemente sobre o uso de medicamentos no tratamento dos sintomas do TOC, discutir suas vantagens e desvantagens e esclarecer alguns desses preconceitos.

QUANDO OS MEDICAMENTOS SÃO O TRATAMENTO PREFERENCIAL

Os medicamentos são a alternativa preferencial para pacientes que têm sintomas muito graves ou incapacitantes, cujas rotinas de vida ou relações interpessoais estejam muito comprometidas. Também são a escolha preferencial quando os pacientes apresentam predominantemente obsessões não-acompanhadas de rituais, com convicções muito intensas sobre o conteúdo das suas obsessões e pouco *insight* (compreensão) sobre a natureza dos seus sintomas. São também preferidos quando os pacientes, além dos sintomas do TOC, apresentam ansiedade ou depressão graves, ou são portadores de outras psicopatologias, como pânico, ansiedade generalizada, transtorno da personalidade *borderline* ou esquizotípica, ou psicoses.[82,87,88;90-93] Os medicamentos são, ainda, o tratamento de escolha para aqueles pacientes que não se adaptam à terapia cognitivo-comportamental, não estão motivados, não aderem aos exercícios de exposição e prevenção de rituais ou não são suficientemente disciplinados e persistentes para fazer as tarefas de casa. Na maioria das localidades ou serviços de saúde, por enquanto, a terapia cognitivo-comportamental não é disponível e, nesse caso, a única alternativa que resta é o uso dos medicamentos, embora o ideal seja utilizá-los em conjunto com a TCC.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TOC

Os medicamentos que comprovadamente são eficazes no tratamento dos sintomas OC são: clomipramina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina. A venlafaxina parece ser efetiva em altas doses, o que torna o tratamento bastante caro. Embora a clomipramina pareça ter efeito maior do que os demais antiobsessivos, esse fato não ficou definitivamente comprovado em pesquisas nas quais a eficácia de um medicamento foi comparada diretamente com a de outro. Em princípio, a eficácia de todos eles é semelhante, não existindo um que seja mais efetivo que os demais. Há, entretanto, diferenças em relação aos efeitos colaterais.[82,86,87;164-166] A clomipramina é mais antiga e provoca mais efeitos colaterais; os demais são mais bem tolerados, razão pela qual, geralmente, são os preferidos.

Como usar os medicamentos?

Como comentamos, todos os medicamentos usados no tratamento do TOC são antidepressivos e foram lançados com essa finalidade. Posteriormente, foi constatada sua ação antiobsessiva. Em geral, as doses administradas no tratamento dos sintomas do TOC são mais elevadas do que as utilizadas na depressão. Os efeitos podem demorar até 3 meses para se manifestarem (na depressão, em geral, o resultado é obtido mais rapidamente).

O desaparecimento dos sintomas é gradual (e não rápido, como em outras doenças, entre elas a depressão e o pânico), podendo progredir ao longo de vários meses. Um dos problemas mais sérios dos medicamentos é que a melhora tende a ser incompleta, isto é, a redução dos sintomas é parcial e, dificilmente, os sintomas desaparecem por completo. Infelizmente, ainda que sejam utilizadas as doses recomendadas (ou mesmo as doses máximas) por tempo prolongado, muitas vezes os sintomas continuam em níveis considerados ainda graves.

O uso de medicamentos sempre deve ser feito por recomendação médica e exige prescrição com cópia carbonada. Inicialmente, você e seu terapeuta devem discutir a necessidade de usá-los. Se o seu terapeuta for médico, ele próprio pode prescrevê-los; no caso de ser um psicólogo, este deverá encaminhá-lo a um psiquiatra, médico que, em geral, prescreve esses remédios. Como regra, recomenda-se que, sempre que possível, algum antiobsessivo seja associado à terapia cognitivo-comportamental. As exceções são por conta de eventuais contra-indicações para o uso dos antiobsessivos, como, por exemplo, estar no início da gravidez ou querer engravidar, estar amamentando (nesse caso, a sertralina é bastante segura), ser portador de transtorno bipolar, pelo risco de ocorrerem viradas maníacas, por ocorrerem reações adversas intoleráveis ou quando o paciente não aceita usá-los.

Em geral, no início são utilizadas doses diárias menores do que as recomendadas (Quadro 18.1), para você se adaptar. Uma vez que o medicamento tenha sido bem-tolerado, as doses vão sendo aumentadas gradualmente, até atingirem doses médias, em torno de 4 a 5 semanas. Eventualmente,

Quadro 18.1
Antiobsessivos e as doses diárias usuais

Clomipramina	100 a 300 mg/dia	média: 200 mg/dia
Fluvoxamina	100 a 300 mg/dia	média: 200 mg/dia
Fluoxetina	20 a 80 mg/dia	média: 50 mg/dia
Sertralina	50 a 200 mg/dia	média: 150 mg/dia
Paroxetina	20 a 60 mg/dia	média: 50 mg/dia
Citalopram	20 a 60 mg/dia	média: 50 mg/dia
Escitalopram	10 a 30 mg/dia	média: 20 mg/dia

pode ser utilizada uma dose menor (p. ex., se os efeitos colaterais são intensos) ou maior (p. ex., se você já vinha utilizando antiobsessivos e não estava obtendo bons resultados). Três meses constituem um período razoável para saber se eles estão produzindo algum benefício. O tratamento costuma ser prolongado, e o tempo de uso necessário para que não ocorram recaídas continua uma questão em aberto. Excepcionalmente utilizam-se doses além das recomendadas pelo fabricante. Caso essa estratégia funcione, as doses elevadas podem ser mantidas, mas o paciente deve ser monitorado mais de perto para possíveis reações adversas.

São duas as principais preocupações ao iniciar o tratamento medicamentoso: se você irá tolerar os efeitos colaterais que, normalmente, diminuem depois de 3 a 4 semanas de uso; e se o medicamento é efetivo em reduzir os sintomas OC.

Em geral, os efeitos colaterais são mais intensos ao se iniciar o tratamento medicamentoso. Eles variam de pessoa para pessoa e tendem a ser mais incômodos em idosos e em crianças. Os efeitos colaterais também atingem indivíduos que são muito sensíveis a medicamentos, que nunca os utilizaram ou que perderam muito peso ou estão desnutridos.

EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS

Os efeitos colaterais mais comuns da fluoxetina, da sertralina, da paroxetina, da fluvoxamina e do citalopram são náuseas, dor abdominal, diarréia, sonolência e, eventualmente, insônia, inquietude, dor de cabeça e suores noturnos. Com muita freqüência, também causam disfunção sexual (diminuição do desejo, dificuldades para atingir o orgasmo, retardo na ejaculação e impotência) e, mais raramente, tremores das mãos.

A clomipramina (Anafranil) pode provocar tonturas, queda da pressão arterial, boca seca, visão turva, constipação intestinal, sonolência, ganho de peso, retardo na ejaculação, retenção urinária, diminuição da libido e confusão mental. Mais raramente, causa tremores das mãos, suores noturnos e galactorréia (eliminação espontânea de leite). Em doses elevadas, pode provocar convulsões.

Dentre todos os medicamentos citados, a clomipramina é o que mais produz efeitos colaterais. Não deve ser usada em crianças, em obesos e em idosos, pois provoca tonturas e aumenta o risco de quedas, especialmente em pacientes com cardiopatias, pois pode diminuir a condução cardíaca. Outra razão para a clomipramina não ser administrada em pacientes idosos é o fato de provocar confusão mental, agravar a constipação intestinal ou produzir retenção urinária em homens com problemas na próstata. Fora essas limitações, pode ser um excelente medicamento, sobretudo para os mais jovens, que se adaptam mais facilmente aos efeitos colaterais.

O médico poderá orientá-lo em relação a como atenuar e combater os efeitos colaterais. Medidas simples podem ser adotadas, e antídotos podem ser ingeridos concomitantemente à ingestão do antiobsessivo. É importante lembrar que os efeitos colaterais geralmente diminuem com o tempo. Assim, se possível, deve-se evitar interromper de imediato um medicamento por causa dos efeitos colaterais que produziu, visto que todos provocam algum tipo de efeito indesejável. Essas reações podem ser manejadas sem a necessidade de suspensão do tratamento, simplesmente reduzindo a dose para um nível no qual o paciente tolere os efeitos colaterais.

COMO DIMINUIR OU ELIMINAR OS EFEITOS COLATERAIS?

Para diminuir os efeitos colaterais, você pode, como primeira medida, solicitar ao médico a redução da dose que está usando. Outra forma é ingerir os medicamentos durante a refeição ou imediatamente após terminá-la, de preferência no jantar. Misturados com a comida, levam mais tempo para ser absorvidos pelo sistema digestivo, para chegar à circulação sangüínea e para penetrar no cérebro. Dessa forma, seus níveis no sangue não sobem tanto quanto se ingeridos em jejum. Você deve evitar, portanto, tomá-los em jejum, especialmente os que produzem náuseas e vômitos (fluoxetina, fluvoxamina). É interessante tomar de manhã (no café) os medicamentos que podem dar insônia e reservar o jantar para os que podem provocar sonolência (clomipramina, paroxetina) ou outros efeitos que seriam mais desagradáveis durante o dia. A seguir, são descritas algumas medidas que auxiliam a diminuir certos incômodos.

Boca seca

Boca seca é um efeito colateral muito comum da clomipramina, devido à redução da produção de saliva. É raro com o uso dos demais medicamentos, embora alguns pacientes também apresentem boca seca quando estão tomando fluvoxamina, paroxetina ou qualquer um dos outros. É muito incômodo se você precisa dar aulas, manter conversações prolongadas ou proferir palestras. Você deve manter boa higiene bucal, fazer visitas regulares ao dentista e evitar a ingestão de açúcar: a diminuição da saliva aumenta o risco de cáries. Você pode mascar chicletes, chupar balas dietéticas ou mastigar um pequeno pedaço de limão para estimular a produção de saliva. Pode, ainda, solicitar ao médico que prescreva um *spray* ou outro produto que estimule a salivação, usando-o regularmente. Se fizer uma palestra ou participar de uma reunião, leve uma pequena garrafa de água e um copo, molhando a boca de vez em quando.

Constipação intestinal

A constipação intestinal é muito comum com a clomipramina e rara com os demais antiobsessivos. Quando há esse problema, recomenda-se uma dieta rica em fibras ou a prescrição de alguma substância como Metamucil® (1 a 2 envelopes por dia) ou Movinlax®, que retenha líquidos no intestino e promova a homogeneização das fezes. Deve-se, também, aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos) e praticar exercícios físicos regularmente. Caso essas medidas não sejam suficientes, o médico talvez possa prescrever laxativos de contato. Em último caso, se o sintoma for muito incômodo, pode ser necessária a troca do medicamento, pois há risco de você apresentar crise hemorroidária, desenvolver fissura anal ou ter que usar supositórios ou realizar enemas, que são desconfortáveis.

Queda de pressão e tonturas

Tanto a queda de pressão quanto as tonturas são efeitos colaterais muito comuns com a clomipramina quando se muda de posição subitamente. Se esse for um dos sintomas apresentados, você deve ser orientado a não se levantar ou abaixar bruscamente. Antes de ficar em pé, você deve permanecer sentado na cama por um minuto ou um pouco mais, e levantar-se devagar. Se a tontura for muito forte, sente ou volte a deitar. Banhos quentes e prolongados, refeições pesadas e álcool devem ser evitados. Meias elásticas de compressão média podem ajudar, assim como ingerir pequena quantidade de sal. Talvez seja necessário reduzir a dose ou mudar o medicamento.

Ansiedade, inquietude

A clomipramina, bem como os demais antiobsessivos, pode provocar, no início do tratamento, inquietude, tensão, ansiedade e dificuldade de relaxar. Para evitar esse efeito, o ideal é começar com doses baixas ou reduzi-las (p. ex., 5 mg de fluoxetina ou 10 mg de clomipramina). Depois disso, deve-se aumentá-las lentamente até atingir os níveis recomendados. Caso os sintomas persistam, o médico pode associar medicamentos do grupo dos ansiolíticos, como o clonazepam (1 a 4 mg/dia) ou o alprazolam (0,5 a 4 mg/dia), e retirá-los gradualmente, à medida que os sintomas desaparecerem.

Insônia

Os antiobsessivos podem causar insônia, especialmente a fluoxetina. A clomipramina e a paroxetina geralmente não causam esse efeito colateral, e os demais antiobsessivos podem provocá-lo em menor intensidade. Inicialmente, tenta-se controlar a insônia tomando o medicamento pela manhã. Se ela for muito intensa, o médico pode adicionar pequenas doses diárias de antidepressivos que produzem sono, como trazodona, amitriptilina ou mirtazapina. Também pode prescrever ansiolíticos por pequenos períodos de tempo ou medicamentos para o sono, como o zolpidem ou a zopiclona. Há, ainda, a opção de trocar o medicamento por clomipramina ou paroxetina.

Sonolência e bocejos

Sentir sono durante o dia é mais comum com a clomipramina e com a paroxetina. É comum também bocejar com freqüência, sem sentir sono, com o uso da sertralina. Esse efeito, em geral, desaparece depois de 2 a 4 semanas. No entanto, se for muito intenso, a dose do medicamento deve ser reduzida e ingerida, preferencialmente, à noite. Pode-se, ainda, aumentar o uso de café ou chá durante o dia. Evite calmantes associados e, se a sonolência não melhorar com o passar dos dias (2 a 4 semanas) ou for muito intensa, comprometendo o trabalho, solicite ao médico que os medicamentos sejam trocados por outros que provoquem menos sono. É preciso tomar muito cuidado ao dirigir automóveis, pois os reflexos podem estar mais lentos, e a atenção, diminuída.

Tremores

Os tremores podem ocorrer durante o uso da clomipramina e dos demais antiobsessivos, especialmente a fluoxetina. São mais intensos nas extremidades das mãos e podem ser muito incômodos. Você deve suspender o consumo de café. Medicamentos que necessitam de prescrição médica, como diazepam (5 a 10 mg, duas vezes ao dia) ou propranolol (10 a 20 mg, três vezes ao dia, até 80 a 120 mg/dia), podem aliviar esse sintoma.

Náuseas e vômitos

Esses efeitos são muito comuns com a fluoxetina e com a fluvoxamina. Na maioria das vezes, são leves e desaparecem depois das primeiras semanas. Para evitá-los, o medicamento deve ser tomado durante as refeições, especialmente no jantar (desde que não provoque insônia). Se forem muito incômodos, o médico pode reduzir a dose ou trocar o medicamento por clomipramina. Se nenhuma dessas medidas for possível, ele pode, ainda, associar um remédio contra vômitos (antiemético), retirando-o gradualmente após algumas semanas.

Disfunções sexuais

Esse tipo de efeito colateral é inerente a praticamente todos os antiobsessivos. É muito comum, sobretudo, com a paroxetina e a fluoxetina, e deve ser comentado com o médico. É um dos efeitos colaterais mais comuns e de mais difícil manejo, responsável por muitos abandonos do tratamento. Algumas disfunções, eventualmente, diminuem ou até desaparecem depois de 3 a 4 semanas de uso, mas muitas persistem e representam um grave desconforto ao paciente, consituindo uma razão para a interrupção do tratamento. Para evitar que isso ocorra, o médico pode prescrever um dos vários medicamentos para combater esses efeitos (antídoto), como associar bupropriona, mirtazapina ou sildenafil. Nesse caso, você poderá usá-los junto com o antiobsessivo.

COMO SABER SE O MEDICAMENTO FUNCIONA?

O segundo aspecto a ser observado, além da tolerância aos efeitos colaterais, é se você responde ou não ao tratamento, isto é, se os seus sintomas diminuem ou não com o uso do antiobsessivo. É possível chegar a essa conclusão após 12 semanas de tratamento. Contudo, depois de 8 a 9 semanas, já se pode ter uma idéia. Você deve prestar bem atenção à intensidade dos seus sintomas durante esse período – se houve ou não diferenças. Se você perceber que suas obsessões estão menos intensas ou ocupam a sua mente por menos tempo, que sente menos aflição e consegue resistir melhor a elas e, em algumas ocasiões, já deixa de realizar os rituais, é porque o tratamento está dando bons resultados. O fato de ainda apresentar obsessões e rituais depois desse período não significa que o tratamento não deu certo ou que o remédio não funciona. A mudança não é súbita, mas ocorre aos poucos e, às vezes, depois de longos períodos de uso. O importante é saber se, após esse período de teste, você

nota alguma diferença, por menor que seja. Nesse caso, em geral, mantém-se a dose que vinha sendo utilizada ou, no caso de ser baixa, aumenta-se a dose.

Um método mais exato de avaliar se houve ou não diminuição dos sintomas é a aplicação da escala Y-BOCS ou da OCI-R (Formulários 5 e 6 do Caderno de exercícios, p. 248 e 251). Responda às perguntas das escalas junto com o médico ou com o terapeuta antes de iniciar o medicamento e, novamente, um mês ou dois meses depois. Comparando as pontuações, pode-se observar se houve diferença ou não.

Se, no entanto, depois de 8 a 9 semanas, você não tiver observado nenhuma diminuição nos seus sintomas, deve discutir a situação com o seu médico, que pode solicitar que você aguarde até completar 12 semanas ou, então, poderá sugerir um aumento da dose que vem sendo usada, prescrevendo as doses máximas (alguns indivíduos só melhoram com as doses máximas), ou o máximo de dose que você consegue suportar.[82] Antecipar esse aumento de dose pode significar ganho de tempo, o que é recomendável, principalmente, se você não obteve praticamente nenhuma redução nos sintomas em dois meses de uso, se os sintomas são muito intensos ou se você já fez outros tratamentos com medicamentos e não obteve resultados.

Redução parcial dos sintomas

Embora os medicamentos sejam de uso fácil (especialmente os mais recentes), eles apresentam alguns inconvenientes, além dos efeitos colaterais já descritos. O maior deles, como comentado, é o fato de que a intensidade dos sintomas é reduzida apenas em parte, entre 40 e 60%, na maioria dos casos. Um pequeno grupo de pacientes, por volta de 20%, consegue ficar completamente livre dos sintomas. Na prática, o que se observa é que muitos, mesmo tendo utilizado as doses recomendadas ou as doses máximas por tempo prolongado, continuam com sintomas graves. A boa notícia é a observação feita por algumas pesquisas de que esses pacientes (que não responderam satisfatoriamente aos medicamentos) podem obter boa redução adicional ou até eliminar por completo os sintomas se realizarem terapia cognitivo-comportamental.[81,82,101,106-108] Esse é um dos motivos pelos quais sempre se recomenda a associação das duas modalidades de tratamento. Quando o medicamento não funciona, a TCC deve ser a primeira medida a ser adotada.

POR QUANTO TEMPO DEVEM SER MANTIDOS OS MEDICAMENTOS?

É importante lembrar que as recaídas são bastante comuns ao se interromper o medicamento, especialmente nos tratamentos em que ele está sendo utilizado de forma isolada.[94] Com base nesse fato, os especialistas fazem algumas recomendações, a fim de preveni-las. Em princípio, pacientes com transtorno crônico e que apresentaram resposta satisfatória usando apenas medicamentos devem manter o fármaco por, pelo menos, um ano após o desaparecimento dos sintomas. Caso tenham realizado TCC, o medicamento deve ser mantido por, pelo menos, 6 meses. Depois desses períodos, a retirada deve ser gradual, com 25% a menos a cada 2 meses. Para pacientes com 3 ou 4 episódios de recaída leve ou moderada, ou 2 a 4 recaídas graves, deve-se pensar na possibilidade de manter o tratamento por períodos maiores ou, talvez, por toda a vida. [81]

É bom lembrar que os antiobsessivos não provocam dependência, com exceção da fluoxetina, embora possa haver algum desconforto se forem suspensos abruptamente (síndrome de descontinuação). Além disso, não há problemas maiores em utilizá-los por longos períodos. É importante que o médico seja sempre comunicado sobre todos os demais medicamentos que você estiver utilizando, pois pode haver interações importantes.

SUSPENSÃO DO MEDICAMENTO E SÍNDROME DE DESCONTINUAÇÃO

Ainda que se decida parar com o medicamento, deve-se evitar interromper o tratamento de forma brusca. A interrupção súbita ou o esquecimento de uma ou mais doses podem provocar uma reação passageira chamada de síndrome de descontinuação, que desaparece com a reintrodução do fármaco. Para não esquecer de tomá-lo, é interessante associar seu uso com algo que você faz habitualmente: tomar junto com comida em alguma das refeições, ao escovar os dentes (deixe a cartela com os

comprimidos ao lado da escova), etc. Você deve cuidar para não esquecer de tomar o medicamento, principalmente quando altera sua rotina, nos finais de semana, nas férias ou em viagens.

A síndrome de descontinuação ocorre com todos os antiobsessivos, à exceção da fluoxetina. Os sintomas mais comuns são mal-estar, ansiedade, agitação, insônia, tonturas, vertigens, fadiga, náuseas, dores musculares, coriza, perturbações sensoriais (da visão e do olfato) e depressão. Lembram os sintomas de resfriado. Iniciam de 12 a 48 horas após a última dose ingerida e duram, em geral, até 2 semanas. Se a terapia medicamentosa for interrompida e você sentir algum desses sintomas, deve reintroduzir o medicamento. Geralmente, isso é suficiente para eliminar o desconforto. Depois, o remédio pode ser retirado gradualmente, seguindo as orientações do médico. Se você simplesmente esqueceu de tomar o medicamento, deve tomá-lo imediatamente, assim que começar a sentir os sintomas, para fazer com que desapareçam. Importante: a retirada de medicamento, à exceção da fluoxetina, sempre deve ser gradual, e não há inconveniente maior em manter esses medicamentos por longos períodos, se necessário. Milhões de pessoas o fazem. No TOC, que é um transtorno crônico, essa é uma forma de prevenir recaídas.

O QUE FAZER QUANDO O MEDICAMENTO NÃO FUNCIONA?

O entusiasmo com os resultados obtidos nas primeiras pesquisas com o uso da clomipramina e, posteriormente, com os ISRSs deu lugar, na atualidade, a uma visão menos otimista em relação à eficácia desses fármacos no TOC, pois, à medida que os estudos foram se repetindo, percebeu-se que a eficácia era baixa na maioria das vezes.[87,166,167] Acredita-se inclusive na possibilidade de os pacientes se tornarem resistentes aos tratamentos com o passar do tempo ou depois de terem usado vários remédios. De fato, infelizmente, existe um grupo de pacientes cujos sintomas não diminuem, mesmo elevando-se ao máximo as doses dos medicamentos, trocando de medicamento, associando-se vários fármacos ou usando-se medicamento injetável (clomipramina, citalopram). Tais indivíduos são considerados refratários quando testaram no mínimo três fármacos diferentes, devendo, pelo menos um deles, ser a clomipramina, em doses adequadas e com duração de, no mínimo, 3 meses.[81] O que se pode fazer nessas circunstâncias?

Adição de TCC aos medicamentos

A adição de terapia cognitivo-comportamental é um dos primeiros recursos quando a resposta ao medicamento é insatisfatória. Na verdade, a TCC deve ser adicionada à farmacoterapia sempre que possível, desde o início do tratamento ou mesmo depois de iniciada a farmacoterapia e, certamente, é a principal alternativa tanto para pacientes que não respondem aos medicamentos como para aqueles cuja resposta é parcial. Estudos mostram que portadores de TOC com resposta parcial podem ter maior redução na intensidade dos sintomas se for acrescentada TCC à terapia farmacológica em curso.[101,108] Estudos mais recentes indicam que os resultados são superiores quando os dois métodos terapêuticos são utilizados em conjunto.[84,106,107]

Aumento da dose, troca de medicamentos ou adição de antipsicóticos

Além da associação da TCC, podem-se utilizar outras alternativas. A primeira medida, caso ainda não tenha sido adotada, é aumentar a dose do medicamento para a máxima recomendada ou a máxima que o paciente consiga tolerar. Excepcionalmente, têm sido utilizadas até doses que excedem as recomendadas pelo fabricante, o que deve ser feito com muito cuidado e atenção para possíveis reações adversas, particularmente quando o medicamento é a clomipramina ou quando se tratar de pacientes idosos. A segunda medida consiste em suspender o fármaco que vinha sendo utilizado e experimentar um novo. Se após 3 meses sob doses máximas com um primeiro remédio não se observar resultado, pode-se testar outro durante mais 4 a 5 semanas nas doses médias recomendadas e, a seguir, por mais 4 a 5 semanas nas doses máximas. É importante salientar que 20% dos pacientes que não respondem a um fármaco podem responder a outro. É conveniente que o segundo medicamento seja a clomipramina (caso não tenha sido o primeiro a ser testado), pois acredita-se que ela seja mais

efetiva do que os demais, embora isso não esteja bem comprovado. No entanto, também pode ser utilizado outro ISRS.[81]

Se os medicamentos não funcionam mesmo na segunda tentativa, em doses máximas toleradas, é recomendável revisar o diagnóstico. É importante lembrar que obsessões, compulsões e comportamentos repetitivos podem ocorrer em uma série de outros transtornos, como vimos no Capítulo 2. É preciso, ainda, verificar se não existem problemas associados ao TOC (co-morbidades) para explicar por que os sintomas não diminuíram. É comum os antiobsessivos não serem efetivos quando, além do TOC, existem co-morbidades como tiques, depressão, transtorno do humor bipolar, psicose, abuso de substâncias ou transtornos da personalidade graves, como transtorno da personalidade esquizotípica ou *borderline*. Também podem não ser eficazes no caso de o TOC ter surgido em virtude de alguma condição cerebral orgânica, como, por exemplo, depois de acidente vascular cerebral ou de traumatismo craniencefálico. Além disso, parece que o TOC de início precoce responde menos aos medicamentos.[87,88]

Uma vez revisado o diagnóstico e testados dois ou mais fármacos em doses elevadas, as opções restantes são combinar dois antiobsessivos (em geral, um é a clomipramina, em doses menores, e o outro pode ser um ISRS) ou associar os antiobsessivos a neurolépticos (risperidona, quetiapina, aripiprazol),[168-171] lítio (quando existe depressão associada) ou clonazepam (quando existem outros transtornos de ansiedade associados. Uma revisão recente verificou que aproximadamente 50% dos pacientes podem se beneficiar com a adição de antipsicóticos, tanto típicos (haloperidol, clorpromazina) como atípicos (risperidona, olanzapina).[168] Como última opção, existe a neurocirurgia, procedimento que ainda está em fase experimental.

Outras medidas

Clomipramina e citalopram injetáveis

Uma medida bastante preconizada há algum tempo para pacientes que não apresentavam resposta satisfatória aos antiobsessivos orais foi o uso de clomipramina injetável.[172] Entretanto, em um ensaio aberto com indivíduos refratários, a resposta foi mínima e desapareceu depois de algumas semanas.[173] Mais recentemente, foi testado o citalopram injetável, mas faltam estudos que comprovem sua eficácia em pacientes refratários.[174] Constituem problemas o fato de a clomipramina não estar mais sendo fabricada e de o citalopram injetável ainda não estar disponível em nosso país.

Neurocirurgia

Uma alternativa que tem sido testada em pacientes refratários é a neurocirurgia. Como descrito no Capítulo 3, na discussão sobre as causas do TOC, existe um circuito neurofisiológico envolvendo áreas do lobo frontal e gânglios localizados na base do cérebro, que está hiperativo nesse transtorno. Imaginou-se que a secção de fibras nervosas ou de estruturas cerebrais desse circuito, mediante neurocirurgia, pudesse diminuir a referida hiperatividade e, conseqüentemente, os sintomas OC. Várias formas de cirurgia foram testadas, como cingulectomia, capsulotomia e leucotomia límbica, entre outras. As taxas de melhora variam entre os estudos, que referem benefícios para 27 a 100% dos pacientes, com média de redução dos sintomas em torno de 40%.[56-58;175-177] Até agora, não se sabe qual técnica cirúrgica é a mais efetiva. Contudo, este é um tratamento ainda experimental, cujos riscos e benefícios, principalmente a longo prazo, não são bem conhecidos; por esse motivo, é reservado exclusivamente para pacientes refratários. Recentemente, técnicas inovadoras têm sido desenvolvidas, as quais dispensam a abertura do crânio, como a capsulotomia anterior por faca de raios gama. No Hospital das Clínicas de São Paulo, o Dr. Antônio Carlos Lopes está realizando uma pesquisa com essa modalidade de neurocirurgia para pacientes refratários a todas as outras terapias preconizadas (pelo menos três antiobsessivos – sendo um deles a clomipramina – e TCC), cujos primeiros resultados estão sendo promissores.[178] Acredita-se, ainda, que indivíduos que não responderam à TCC e à farmacoterapia possam se tornar responsivos depois da neurocirurgia.

Estimulação elétrica e estimulação magnética

Em pacientes que são refratários às modalidades usuais de tratamento (psicofármacos e TCC), e como uma alternativa à neurocirurgia, tem sido utilizada a estimulação cerebral profunda da cápsula interna do núcleo caudado e do *nucleus acumbens*, com a vantagem de serem procedimentos reversíveis.[59,60,179] São técnicas ainda em estudo, que necessitam ser repetidas para se ter uma certeza maior sobre se são ou não efetivas e que, por enquanto, não estão disponíveis para o uso clínico. São necessários mais estudos para se definir quais as estruturas que devem ser estimuladas (e qual deve ser a sua duração, intensidade e freqüência) para haver uma redução dos sintomas, bem como quais os pacientes (ou sintomas) que respondem a essa modalidade de tratamento. Por exemplo, um ensaio clínico recente mostrou uma redução significativa dos sintomas OC após 20 aplicações diárias de estimulação magnética transcraniana sobre o córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo em pacientes refratários a outros tratamentos. Esses resultados, entretanto, deixaram de ser significativos quando foi controlada a depressão dos pacientes.[180]

Comentário final

Um grande esforço vem sendo feito por pesquisadores de um grande número de países no estudo sobre os mais variados aspectos envolvendo o transtorno obsessivo-compulsivo. Muito se avançou na elucidação de suas possíveis causas e, em especial, no desenvolvimento de métodos de tratamento, tanto medicamentoso como psicoterápico, que têm aliviado o sofrimento da maioria dos milhões de portadores do TOC e de seus familiares. Infelizmente, cerca de 30% não conseguem se beneficiar desses avanços, e aproximadamente 10% seguem totalmente incapacitados pelos sintomas. Avançar no esclarecimento das possíveis causas e, sobretudo, no desenvolvimento de métodos de tratamento que possam aliviar o sofrimento desses pacientes refratários aos métodos usuais é o grande desafio que temos pela frente. Quem sabe, em breve, possamos vencer tais desafios e proporcionar alívio e uma melhor qualidade de vida para os milhões de portadores que tiveram e que continuam tendo a sua vida e a de suas famílias devastadas ou comprometidas pelo sofrimento causado pelo TOC.

RESUMO E DESTAQUES

- Os medicamentos que inibem a recaptação de serotonina são considerados um dos tratamentos de primeira linha para os sintomas do TOC, juntamente com a terapia cognitivo-comportamental.
- Esses medicamentos também são a primeira escolha para pacientes com sintomas graves, com predomínio de obsessões, com depressão ou ansiedade intensas ou com co-morbidades associadas, para aqueles que não aceitam a terapia cognitivo-comportamental ou não aderem aos exercícios, ou em localidades em que essa modalidade terapêutica não está disponível.
- Geralmente são necessárias doses mais elevadas do que as utilizadas no tratamento da depressão e um mínimo de 3 meses de tratamento para se avaliar o efeito do medicamento.
- Entre 40 e 60% dos portadores de TOC obtêm melhora dos sintomas, embora apenas 20% consigam ter uma remissão completa.
- Também são comuns as recaídas após a interrupção do tratamento, razão pela qual recomenda-se sua continuidade por longo tempo, mesmo depois do desaparecimento dos sintomas.
- Os pacientes que melhor respondem ao tratamento farmacológico são aqueles cujos sintomas têm curso episódico, que apresentam efeitos colaterais precoces e que apresentam fenômenos sensoriais precedendo as compulsões.
- Quando a reposta é incompleta ou quando não há resposta, a primeira medida é associar a terapia cognitivo-comportamental, caso essa medida não tenha sido ainda adotada.
- Se continuar não havendo resposta, é prudente revisar o diagnóstico e verificar a existência de outros transtornos associados ou outros problemas médicos. Se estiverem presentes, é necessário fazer as devidas adaptações ao tratamento farmacológico.
- Caso inexistam co-morbidades ou outros problemas médicos e o diagnóstico de TOC for evidente, as alternativas para o tratamento farmacológico são: elevar as doses do medicamento para as doses máximas recomendadas ou toleradas pelo paciente; tentar um segundo antiobsessivo, se necessário, também nas doses máximas toleradas; associar um ISRS com a clomipramina ou com neurolépticos (haloperidol, risperidona, quetiapina, aripriprazol), especialmente quando houver tiques associados; com lítio (se houver depressão) ou com clonazepam se houver transtornos de ansiedade associados.
- Como última opção, pode ser feita a neurocirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602.
2. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. J Clin Psychiatry. 1997;58(Suppl 12):3-6.
3. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. Rev Bras Psiquiatr. 2002 Sept;24(3):113-20.
4. Murray CL, Lopez AD, editors. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 1996.
5. Rasmussen AS, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 1992 Dec;15(4):743-58.
6. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The brown longitudinal obsessive compulsive study: clinical features and symptoms of the sample at intake. J Clin Psychiatry. 2006 May;67(5):703-11.
7. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999 Feb;56(2):121-7.
8. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry. 1996 Jul;169(1):101-7.
9. Husted DS, Shapira NA, Goodman WK. The neurocircuitry of obsessive-compulsive disorder and disgust. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006 May;30(3):389-99.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ªed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
11. Hollander E, Rosen J. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Transtorno obsessivo-compulsivo. 2ªed. Porto Alegre; Artmed; 2005. p. 163-97.
12. Clark DM, Salkovskis PM, Hacmann A, Wells A, Fenell M, Ludgate J, et al. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 1998 Sep;173:218-25.
13. Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. Behav Res Ther. 2001 Apr;39(4):423-42.
14. Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA. 2004 Mar 24;291(12):1464-70.
15. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD006520.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Gilbert DL, Batterson JR, Sethuraman G, Sallee FR. Tic reduction with risperidone versus pimozide in a randomized, double-blind, crossover trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004 Feb;43(2):206-14.
21. Piacentini J, Chang S. Habit reversal training for tic disorders in children and adolescents. Behav Modif. 2005 Nov;29(6):803-22.
22. Verdellen CW, Keijsers GP, Cath DC, Hoogduin CA. Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourettes's syndrome: a controlled study. Behav Res Ther. 2004 May;42(5):501-11.
23. Wilhelm S, Deckersbach T, Coffey BJ, Bohne A, Peterson AL, Baer L. Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 2003 Jun;160(6):1175-7.
24. Peterson BS, Thomas P, Kane MJ, Scahill L, Zhang H, Bronen R, et al. Basal Ganglia volumes in patients with Gilles de la Tourette syndrome. Arch Gen Psychiatry. 2003 Apr;60(4):415-24.

25. van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. Arch Gen Psychiatry. 2003 May;60(5):517-22.
26. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. J Clin Psychiatry. 2000 Jan;61(1):47-50.
27. Dougherty DD, Loh R, Jenike MA, Keuthen NJ. Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: sertraline, behavioral therapy, or both? J Clin Psychiatry. 2006 Jul;67(7):1086-92.
28. 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.
29. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1997;154:911-7.
30. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. Acta Psychiatr Scand. 2006 May;113(5):440-6.
31. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. Psychother Psychosom. 2002 Sep-Oct;71(5):255-62.
32. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jun;61(6):564-76.
33. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, Baer L, Breiter HC, Savage CR, et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):62-70.
34. Shin YW, Kwon JS, Kim JJ, Kang DH, Youn T, Kang KW, et al. Altered neural circuit for working memory before and after symptom provocation in patients with obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand. 2006 May;113(5):420-9.
35. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1992 Sep;49(9):681-9.
36. Jenike MA, Breiter HC, Baer L, Kennedy DN, Savage CR, Olivares MJ, et al. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder. A quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. Arch Gen Psychiatry. 1996 Jul;53(7):625-32.
37. Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS, Paulson LA, Narula V, Mac Master FP, et al. Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. Arch Gen Psychiatry. 2000 May;57(5):449-56.
38. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jul;61(7):720-30.
39. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Tezcan E, Poyraz AK. Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007 Jan 30;31(1):46-52.
40. Peterson BS, Leckman JF, Tucker D, Scahill L, Staib L, Zhang H, et al. Preliminary findings of antistreptococcal antibody titers and basal ganglia volumes in tic, obsessive-compulsive, and attention deficit/hyperactivity disorders. Arch Gen Psychiatry. 2000 Apr;57(4):364-72.
41. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM, et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. Am J Psychiatry. 1989 Feb;146(2):246-9.
42. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995 Mar;34(3):307-11.
43. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. Am J Psychiatry. 1998 Feb;155(2):264-71. Erratum in: Am J Psychiatry. 1998 Apr;155(4):578.
44. Asbahr FR, Negrão AB, Gentil V, Zanetta DM, da Paz JA, Marques-Dias MJ, et al. Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. Am J Psychiatry. 1998 Aug;155(8):1122-4.
45. Perlmutter SJ, Leitman SF, Garvey MA, Hamburger S, Feldman E, Leonard HL, et al. Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. Lancet. 1999 Oct 2;354(9185):1153-8.
46. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry. 1989 Apr;46(4):335-41.
47. Nestadt G, Lan T, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, et al. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. Am J Hum Genet. 2000 Dec;67(6):1611-6.
48. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2000 Apr;57(4):358-63.
49. Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, et al. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. Psychiatry Res. 2004 Sep 30;128(2):175-82.

50. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2001 Oct;158(10):1568-78.
51. Jenike MA. Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med. 2004 Jan 15;350(3):259-65.
52. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. Am J Psychiatry. 2006 Nov;163(11):1986-92.
53. Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, et al. Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. Biol Psychiatry. 2007 Mar 1;61(5):617-25.
54. Dickel DE, Veenstra-VanderWeele J, Bivens NC, Wu X, Fischer DJ, Van Etten-Lee M, et al. Association studies of serotonin system candidate genes in early-onset obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):322-9.
55. Jenike MA. Clinical practice: obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med. 2004 Jan 15;350(3):259-65.
56. Jenike MA, Baer L, Ballantine T, Martuza RL, Tynes S, Giriunas I, et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder: a long-term follow-up of 33 patients. Arch Gen Psychiatry. 1991 Jun;48(6):548-55.
57. Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Nierenberg AA, et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 2002 Feb;159(2):269-75.
58. Lippitz BE, Mindus P, Meyerson BA, Kihlström L, Lindquist C. Lesion topography and outcome after thermocapsulotomy or gamma knife capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: relevance of the right hemisphere. Neurosurgery. 1999 Mar;44(3):452-8.
59. van Kuyck K, Gabriëls L, Cosyns P, Arckens L, Sturm V, Rasmussen S, et al. Behavioural and physiological effects of electrical stimulation in the nucleus accumbens: a review. Acta Neurochir Suppl. 2007;97(Pt 2):375-91.
60. Cosyns P, Gabriels L, Nuttin B. Deep brain stimulation in treatment refractory obsessive compulsive disorder. Verh K Acad Geneeskd Belg. 2003;65(6):385-99.
61. Hodgson RJ, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. Behav Res Ther. 1972 May;10(2):111-7.
62. Roper G, Rachman S, Hodgson R. An experiment on obsessional checking. Behav Res Ther. 1973 Aug;11(3):271-7.
63. Likierman H, Rachman SJ. Sppontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. Behave Res Ther. 1980; 18:387-94.
64. Cammarota M, Bevilaqua LR, Vianna MR, Medina JH, Izquierdo I. The extinction of conditioned fear: structural and molecular basis and therapeutic use. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Mar;29(1):80-5.
65. Albert U, Maina G, Bogetto F, Ravizza L. The role of recent life events in the onset of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr. 2000 Dec;5(12):44-50.
66. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. Brit J Psychiatry. 1998;173 Suppl 35:53-63.
67. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1999 Jul;37 Suppl 1:S29-52.
68. Jones MK, Menzies RG. The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive-compulsive washing. Behav Res Ther. 1998 Mar;36(3):273-83.
69. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther. 1978;16(4):233-48.
70. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. Rev Bras Psiquiat. 1999;21:(4):209-16.
71. Emmelkamp PM, Beens H. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. Behav Res Ther. 1991;29(3):293-300.
72. van Balkom AJLM, van Oppen P, Vermeulen AWA, van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. Clin Psychol Rev. 1994;14(5):359-81.
73. van Oppen P, van Balkom AJ, de Haan E, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. J Clin Psychiatry. 2005 Nov;66(11):1415-22.
74. McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. J Consult Clin Psychol. 2001 Apr;69(2):205-14.
75. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther. 1997 Sep;35(9):793-802.
76. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 1985;23(5): 571-83.
77. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behav Res Ther. 1989;27(6):677-82.
78. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. Behav Res Ther. 2002 Jun;40(6):625-39.
79. van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, van Balkom AJ, van Hartskamp J, et al. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005 Mar;62(3):301-9.
80. van der Wee NJ, Ramsey NF, van Megen HJ, Denys D, Westenberg HG, Kahn RS. Spatial working memory in obsessive-compulsive disorder improves with clinical response: a functional MRI study. Eur Neuropsychopharmacol. 2007 Jan;17(1):16-23.
81. March JS, Frances A, Kahn DA, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1997;58 Suppl 4:1-72.

82. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 2007 Jul;164(7 Suppl):5-53.
83. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 2005 Jan;162(1):151-61.
84. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. JAMA. 2004 Oct 27;292(16):1969-76.
85. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Nov;44(11):1128-36.
86. Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry. 1991 Aug;48(8):730-8.
87. Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2005 Mar;8(1):107-29.
88. 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.
89. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Diniz JB, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2006 Jul-Aug;47(4):276-81.
90. Shavitt RG, Galvão A, Quarantini L, do Rosário MC. Tratamento farmacológico dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. In: De Oliveira IR, do Rosário MC, Miguel EC. Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 180-226.
91. McDougle CJ, Epperson CN, Price LH. The role of neuroleptics in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment. London: Lawrence Erlbaum; 2000. p. 371-92.
92. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol. 2001 Oct;21(5):488-92.
93. Romano S, Goodman W, Tamura R, Gonzales J. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. J Clin Psychopharmacol. 2001 Feb;21(1):46-52.
94. Pato MT, Zohar-Kadouch R, Zohar J, Murphy DL. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1988 Dec;145(12):1521-5.
95. Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. Behav Res Ther. 1966 Nov;4(4):273-80.
96. Hodgson R, Rachman S, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. Behav Res Ther. 1972 May;10(2):181-9.
97. Rachman S, Marks IM, Hodgson R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. Behav Res Ther. 1973 Nov;11(4):463-71.
98. Meyer V. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Obsessive-compulsive disorders: theory and management. 2ªed. Chicago: Year Book Medical; 1990.
99. Marks IM, Hodgson R, Rachman SJ. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure – a two year follow-up and issues in treatment. Brit J Psychiatry. 1975;127:349-64.
100. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. Behavioural Therapy. 1978;9:821-9.
101. Cordioli AV, Heldt E, Braga BD, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. Psychother Psychosom. 2003 Jul-Aug;72(4):211-6.
102. Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. 2007 Jan;45(1):123-37.
103. Foa EB. Failure in treating obsessive-compulsives. Behav Res Ther. 1979;17(3):169-76.
104. Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. J Consult Clin Psychol. 1983 Apr;51(2):287-97.
105. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 2006 Jul;67(7):1133-9.
106. Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. J Clin Psychiatry. 2005 Sep;66(9):1169-75.
107. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. J Clin Psychiatry. 2004 Jul;65(7):922-31.
108. Simpson HB, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. J Clin Psychiatry. 1999 Sep;60(9):584-90.
109. Neziroglu F, Henricksen J, Yaryura-Tobias JA. Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995-2005. Psychiatr Clin North Am. 2006 Jun;29(2):585-604.
110. Squire LR, Kandel ER. Memória: da mente às moléculas. Porto Alegre: Artmed; 2003.
111. Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. Behav Res Ther. 1980;18(5): 387-94.

112. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. Acta Psychiatr Scand. 2005 Sep;112(3):180-6.
113. Baer L. Getting control: overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume; 2000.
114. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989 Nov;46(11):1006-11. [Escala traduzida por Asbahar FR, Lotufo Neto F, Turecki GX, et al. In: Miguel EC. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 219-30].
115. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. Psychol Assess. 1998;10(3):206-14.
116. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. Psychol Assess. 2002 Dec;14(4):485-96.
117. de Souza FP, Foa EB, Meyer E, da Silva EM, Niederauer KG, Raffin AL, et al. Tradução e adaptação transcultural para o português (do Brasil) das escalas: obsessive-compulsive inventory e obsessive-compulsive inventory-revised. Rev Bras Psiquiatr. 2008 Mar;30(1):42-6.
118. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities; 1976.
119. van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1994 Jan;32(1):79-87.
120. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. Behav Res Ther. 1996 May-Jun;34(5-6):433-46.
121. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1997 Jul;35(7):667-81.
122. Rhéaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. Behav Res Ther. 1995 Feb;33(2):159-69.
123. Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004 Jun;35(2):87-107.
124. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. Behav Res Ther. 1997 Apr;35(4):291-6.
125. Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Clin Psychol Rev. 2007 Apr;27(3):366-83.
126. Corcoran KM, Woody SR. Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. Behav Res Ther. 2008 Jan;46(1):71-83.
127. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behav Res Ther. 1986;24(4):461-70.
128. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995 Jan;152(1):90-6. Erratum in: Am J Psychiatry 1995 Apr;152(4):654.
129. Del-Porto, JA. Distúrbio obsessivo-compulsivo: fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais [tese de livre-docência]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina;1995.
130. Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. In: Frost RO, Steketee G. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment. Oxford: Pergamon; 2002. p. 63-89.
131. Alonso P, Menchón JM, Jiménez S, Segalàs J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: relation to clinical variables. Psychiatry Res. 2008 Jan 15;157(1-3):159-68.
132. Cougle JR, Lee HJ, Salkovskis PM. Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? J Anxiety Disord. 2007;21(1):153-9.
133. Radomsky AS, Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). Behav Res Ther. 1999 Jul;37(7): 605-18.
134. Cougle JR, Salkovskis PM, Wahl K. Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. J Anxiety Disord. 2007;21(1):118-30.
135. Cha KR, Koo MS, Kim CH, Kim JW, Oh WJ, Suh HS, et al. Nonverbal memory dysfunction in obsessive-compulsive disorder patients with checking compulsions. Depress Anxiety. 2007 Oct 11.
136. Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DF. Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. Depress Anxiety. 2004;20(2):70-6.
137. Hyman B, Pedrick C. The OCD workbook: your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder. Oakland (CA): New Harbinger; 1999.
138. Baer L. The imp of the mind: exploring the silent epidemic of obsessive bad thoughts. New York: Penguin; 2001.
139. Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: suppression. New York: Guilford; 1994.
140. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. Behav Res Ther. 2005 Feb;43(2):153-67.
141. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. J Clin Psychiatry. 2000 Feb;61(2):150-6
142. Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. Behav Res Ther. 2006 Sep;44(9):1347-60.
143. Steketee G. Overcoming obsessive-compulsive disorder. Oakland (CA): New Harbinger; 1999.
144. Maier T. On phenomenology and classification of hoarding: a review. Acta Psychiatr Scand. 2004 Nov;110(5):323-37.
145. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1999 Sep;156(9):1409-16.

146. Samuels JF, Bienvenu OJ 3rd, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, et al. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. Behav Res Ther. 2007 Apr;45(4):673-86.
147. Samuels J, Shugart YY, Grados MA, Willour VL, Bienvenu OJ, Greenberg BD, et al. Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. Am J Psychiatry. 2007 Mar;164(3):493-9.
148. Foa EB, Wilson R. Stop obsessing: how to overcome your obsessions and compulsions. New York: Bantam; 2001.
149. Frost RO, Gross RC. The hoarding of possessions. Behav Res Ther. 1993 May;31(4):367-81.
150. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behav Res Ther. 1996 Apr;34(4):341-50.
151. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. Behav Res Ther. 2004 Oct;42(10):1163-82.
152. Frost RO, Steketee G. Issues in the treatment of compulsive hoarding. Cogn Behav Pract. 2000;6:397-407.
153. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Baxter LR Jr. Paroxetine treatment of compulsive hoarding. J Psychiatr Res. 2007 Sep;41(6):481-7.
154. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. J Clin Psychiatry. 2002 Jan;63(1):21-7.
155. Tolin DF, Frost RO, Steketee G. An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. Behav Res Ther. 2007 Jul;45(7):1461-70.
156. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1992 Apr;53 Suppl:4-10.
157. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995 Mar;152(3):441-3.
158. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. J Nerv Ment Dis. 1999 Oct;187(10):636-42.
159. Fyer AJ, Lipsitz JD, Mannuzza S, Aronowitz B, Chapman TF. A direct interview family study of obsessive-compulsive disorder. I. Psychol Med. 2005 Nov;35(11):1611-21.
160. Lipsitz JD, Mannuzza S, Chapman TF, Foa EB, Franklin ME, Goodwin RD, et al. A direct interview family study of obsessive-compulsive disorder. II. Contribution of proband informant information. Psychol Med. 2005 Nov;35(11): 1623-31.
161. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry. 1996 Apr;66(2):296-304.
162. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullouch CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. Behav Res Ther. 2007 Jan;45(1):11-9.
163. Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. J Anxiety Disord. 1997 Jul-Aug;11(4):431-46.
164. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review. Br J Psychiatry. 1995 Apr;166(4):424-43.
165. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. J Consult Clin Psychol. 1997 Feb;65(1):44-52.
166. Pigott T, Seay S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment. London: Lawrence Erlbaum; 2000. p. 277-82.
167. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. J Clin Psychiatry. 1999 May;60(5):346-51.
168. Keuneman RJ, Pokos V, Weerasundera R, Castle DJ. Antipsychotic treatment in obsessive-compulsive disorder: a literature review. Aust N Z J Psychiatry. 2005 May;39(5):336-43.
169. Erzegovesi S, Guglielmo E, Siliprandi F, Bellodi L. Low-dose risperidone augmentation of fluvoxamine treatment in obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. Eur Neuropsychopharmacol. 2005 Jan;15(1):69-74.
170. Bogan AM, Koran LM, Chuong HW, Vapnik T, Bystritsky A. Quetiapine augmentation in obsessive-compulsive disorder resistant to serotonin reuptake inhibitors: an open-label study. J Clin Psychiatry. 2005 Jan;66(1):73-9.
171. Connor KM, Payne VM, Gadde KM, Zhang W, Davidson JR. The use of aripiprazole in obsessive-compulsive disorder: preliminary observations in 8 patients. J Clin Psychiatry. 2005 Jan;66(1):49-51.
172. Fallon BA, Liebowitz MR, Campeas R, Schneier FR, Marshall R, Davies S, et al. Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study. Arch Gen Psychiatry. 1998 Oct;55(10):918-24.
173. Cordioli AV, Basso de Sousa M, Bochi DB. Intravenous clomipramine in severe and refractory obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol. 2003 Dec;23(6):665-6.
174. Pallanti S, Quercioli L, Koran LM. Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: an open trial. J Clin Psychiatry. 2002 Sep;63(9):796-801.
175. Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Friehs G, Noren G, Malone D, et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. Neurosurg Clin N Am. 2003 Apr;14(2):199-212.

176. Mindus P, Rasmussen SA, Lindquist C. Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1994;6(4):467-77.
177. Kim CH, Chang JW, Koo MS, Kim JW, Suh HS, Park IH, et al. Anterior cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand. 2003 Apr;107(4):283-90.
178. Lopes AC, Mathis ME de, Canteras MM, Salvajoli JV, Del Porto JA, Miguel EC. Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26:62-6
179. Nuttin BJ, Gabriels L, van Kuyck K, Cosyns P. Electrical stimulation of the anterior limbs of the internal capsules in patients with severe obsessive-compulsive disorder: anecdotal reports. Neurosurg Clin N Am. 2003 Apr;14(2):267-74.
180. Sachdev PS, Loo CK, Mitchell PB, McFarquhar TF, Malhi GS. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of obsessive compulsive disorder: a double-blind controlled investigation. Psychol Med. 2007 Nov;37(11):1645-9.

ANEXO

SITES DE INTERESSE

- www.astoc.org.br/ - *Site* com informações sobre o TOC e o transtorno de Tourette para profissionais, pacientes, familiares e leigos. Informa os núcleos de apoio aos portadores de TOC e familiares, bem como os serviços universitários que oferecem atendimento especializado.
- http://br.youtube.com/sitoctube - Contém vídeos e palestras relacionadas ao TOC, Transtorno de Tourette, TDAH, etc.
- http://www.ocfoundation.org - *Site* dos Estados Unidos contendo informações sobre o TOC, uso de medicamentos, TOC em crianças, grupos especiais e de auto-ajuda, livros, etc.
- http://www.ocfoundation.org/hoarding - Página da OC Foundation, organizada por Randy Frost e Gail Steketee, especializada em obsessões por armazenar (colecionismo).
- http://protoc.incubadora.fapesp.br/portal - *Site* que congrega profissionais de vários centros universitários do Brasil que realizam pesquisas sobre TOC.
- www.ufrgs.br/toc - *Site* com informações sobre o TOC para pacientes, familiares e leigos. Contém artigos e textos técnicos para profissionais.
- http://www.virtual.epm.br/tratamento/sostoc/ - Página da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com informações sobre o transtorno obsessivo-compulsivo.

SUGESTÕES DE LEITURA

Livros Nacionais

- de Oliveira IR, do Rosário MC, Miguel EC. Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- Hounie AG, Miguel Filho EC, organizadores. Tiques, cacoetes, síndrome de Tourette: um manual para pacientes, seus familiares, educadores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Transtorno obsessivo-compulsivo. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Miguel Filho EC, editor. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- Torres AR, Shavitt RG, Miguel EC. Medos, dúvidas e manias: orientação para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Livros Estrangeiros

- Antony MM, Purdon C, Summerfeldt L, American Psychological Association. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: fundamentals and beyond. Washington (DC): American Psychological Association; 2007.
- Baer L. Getting control: overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume; 2000.
- Baer L. The imp of the mind: exploring the silent epidemic of obsessive bad thoughts. New York: Plume; 2001.

- Foa EB, Kozak MJ. Mastery of obsessive-compulsive disorder: a cognitive-behavioral approach: client kit. New York: Oxford University Press; 1997.
- Foa EB, Wilson R. Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions. 2nd ed. New York: Bantam; 2001.
- Grayson J. Freedom from obsessive compulsive disorder: a personalized recovery program for living with uncertainty in everyday life. New York: Penguin; 2003.
- Greist JH. Obsessive-compulsive disorder: a guide. Madison (WI): Obsessive-Compulsive Disorder Information Center; 2000.
- Hyman BM, Pedrick C. The OCD workbook: your guide to breaking free from obsessive compulsive disorder. 2nd ed. Oakland (CA): New Harbinger; 2005.
- Munford PR. Overcoming obsessive checking. Oakland (CA): New Harbinger; 2004.
- Munford PR. Overcoming obsessive washing. Oakland (CA): New Harbinger; 2005.
- Neziroglu F, Bubrick J, Yaryura-Tobias JA. Overcoming compulsive hoarding: why you save and how you can stop. Oakland (CA): New Harbinger; 2004.
- Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. Over and over again: understanding obsessive-compulsive disorder. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1997.
- Penzel F. Obsessive-compulsive disorders: a complete guide to getting well and staying Well. New York: Oxford University Press; 2000.
- Purdon C, Clark DA. Overcoming obsessive thoughts: how to gain control of your OCD. Oakland (CA): New Harbinger; 2005.
- Steketee GS. Overcoming obsessive-compulsive disorder: client manual. Oakland (CA): New Harbinger; 1999.
- van Noppen B, Pato M, Rasmussen S. Learning to live with OCD. New Haven (CT): Obsessive Compulsive Foundation; 2003.

FILMES RELACIONADOS AO TOC

1. *Melhor é impossível* – com Jack Nickolson e Helen Hunt
2. *O aviador* – com Leonardo DiCaprio e Cate Blanchett
3. *Dormindo com o inimigo* – com Júlia Roberts e Patrick Bergin

ONDE BUSCAR AJUDA

Associações

ABASTOC
Tel:(71)9161-5930
E-mail: abastoc@atarde.com.br
Salvador, BA

AGATOC
E-mail: agatoc@hotmail.com
Porto Alegre, RS

ASTOC
Tel:(11)3541-2294 ou (11) 3069-6972
E-mail: astoc@astoc.org.br
www.astoc.org.br
São Paulo, SP

RIOSTOC
E-mail: riostoc@riostoc.org.br
E-mail: contato@riostoc.org.br
Rio de Janeiro, RJ

SITOC
Tel: (13) 3019-9090
E-mail: sitoc@uol.com.br
www.sitoc.com.br
Santos,SP

SERVIÇOS UNIVERSITÁRIOS

São Paulo

Faculdade de Medicina da USP
Instituto de Psiquiatria – PROTOC/ASTOC 3º andar
Tel: (11) 3069-6972
Site: www.protoc.c om.br

UNIFESP – Escola Paulista de Medicina
PRODOC – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica
Tel: (11) 5084-7010

Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP
Tel: (11) 3069-6509

Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da FMUSP (AMBAN)
Tel: (11) 3069-6988
Site: www.amban.org.br

Santa Casa da Misericórdia de São Paulo
Psicologia Clínica
Tel: (11) 2176-7000

Santa Casa da Misericórdia de São Paulo
Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
Tel: (11) 3466-2100

Botucatu

UNESP – Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP
Tel: (14) 3811-6260 (Depto.) e 3811-6338 (Ambulatório)

Rio Grande do Sul

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Clínica de Atendimento Psicológico
Tel: (51) 3333-7025

PROTAN – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS
Programa de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade
Zona 7 – Ambulatório de Psiquiatria – Site: www.ufrgs.br/toc
Tel: (51) 2101-8272

Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
Ambulatório de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
Av. Independência, 661/5º andar, sala 522 Tel: (51) 3289-3000

Hospital Psiquiátrico São Pedro
Programa de Atendimento de Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Tel: (51) 3339-2111 e 3339-6556

Hospital São Lucas da PUCRS
Tel: (51) 3320-3000 Site: www.hospitalsaolucas.pucrs.br

Pernambuco

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
Ambulatório de Psiquiatria – 1° andar
Tel: (81) 2126-3692 e 2126-3633

Santa Catarina

Hospital Universitário – Universidade Federal de Santa Catarina
Psicologia Tel: (48) 3331-9109 e 3331-9179

Maranhão

Universidade Federal do Maranhão
Tel: (98) 3217-8088 e 3217-8014

Paraná

Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Tel: (43) 3371-2000

Bahia

Hospital Universitário Prof. Edgard Santos
Ambulatório de Psiquiatria
Tel: (71) 3339-6319 e 3339-6288

Goiás

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Tel: (62) 3209-6150

Minas Gerais

Hospital Universitário de Juiz de Fora
Central de Atendimento
Tel: (32) 4009-5300 e 4009-5111

Pará

Universidade Federal do Pará
Campus Universitário do Guaraná
Tel: (91) 3201-7443 e 3201-7446

Mato Grosso

Hospital Universitário Julio Muller
Psicologia Tel: (65) 3615-7238

Maranhão

Universidade Federal do Maranhão
Tel: (98) 3217-8088 e 3217-8014

Rio de Janeiro

Instituto de Psicologia da UFRJ – Depto. de Psicologia Aplicada
Equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental
Tel: (21) 3783-5327 e 2295-8113

IPUB – Inst. De Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro CIPE – Unidade de Obsessões e Compulsões
Tel: (21) 2295-5549 e 2295-3449

Caderno de exercícios

FORMULÁRIO 1 – AVALIE A POSSIBILIDADE DE VOCÊ SER OU NÃO PORTADOR DO TOC

Leia as afirmativas a seguir e assinale com um "X" aquelas com as quais você se identifica:

- ☐ Preocupo-me demais com sujeira, germes, contaminação ou doenças.
- ☐ Lavo as mãos a todo momento ou de forma exagerada.
- ☐ Envolvo-me demais na limpeza da casa, dos móveis e dos objetos ou na lavagem de roupas.
- ☐ Tomo vários banhos por dia, demoro demasiadamente no banho ou esfrego-me muito, em virtude de preocupar-me com contaminação ou sujeira.
- ☐ Não toco em certos objetos (corrimãos, maçanetas de portas, dinheiro, etc.) sem lavar as mãos depois.
- ☐ Evito certos lugares (banheiros públicos, hospitais, cemitérios) por considerá-los pouco limpos ou por achar que posso contrair doenças.
- ☐ Verifico mais de uma vez portas, janelas, gavetas e documentos.
- ☐ Verifico várias vezes o gás, o fogão, as torneiras, os interruptores de luz ou os eletrodomésticos, mesmo depois de desligá-los.
- ☐ Minha mente é invadida por pensamentos desagradáveis ou impróprios, que me causam aflição e que não consigo afastar.
- ☐ Tenho sempre muitas dúvidas, repetindo várias vezes a mesma tarefa para ter certeza de que não fiz nada de errado, de que não vou cometer algum erro ou falhar.
- ☐ Preocupo-me demais com a ordem, a simetria ou o alinhamento das coisas e fico aflito(a) quando estão fora do lugar.
- ☐ Necessito fazer certas coisas (tocar, entrar e sair de um lugar, repetir certos números, palavras ou frases) de forma repetida e sem sentido ou de determinada maneira, que é sempre a mesma.
- ☐ Sou muito supersticioso(a) com certos números, cores, datas ou lugares.
- ☐ Necessito contar enquanto estou fazendo coisas.
- ☐ Guardo coisas inúteis (jornais velhos, notas fiscais antigas, caixas vazias, sapatos ou roupas velhas) e tenho muita dificuldade em desfazer-me delas.

Caso você tenha marcado uma ou mais dessas afirmativas, é provável que seja portador do TOC.

FORMULÁRIO 2 – LISTA DE SINTOMAS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Instruções para o preenchimento

O questionário a seguir irá auxiliá-lo a identificar os sintomas do TOC: obsessões, compulsões ou rituais e evitações. Você irá, também, graduá-los. No caso das obsessões, você dará uma nota de 0 a 4, conforme os critérios descritos a seguir, para o quanto elas o perturbam e, no caso das evitações e compulsões, para o grau de dificuldade ou desconforto que imagina sentir caso se expusesse ou fosse impedido de fazer os rituais quando se sente compelido a fazê-los. Caso não apresente o sintoma descrito, marque "0".

Obsessões

Avaliação da gravidade

Ao responder o questionário, identifique as *obsessões* nos diferentes subgrupos de sintomas. Leia com atenção as perguntas e circule o número correspondente à gravidade, de acordo com os seguintes critérios:

Este pensamento ou obsessão me perturba:

0 – **Absolutamente nada ou nunca**
1 – **Minimamente ou raramente**
2 – **Um pouco ou às vezes**
3 – **Bastante ou com freqüência**
4 – **Muito ou é muito freqüente**

Compulsões ou rituais e evitações

Identifique na lista de sintomas os *rituais ou compulsões* e as *evitações*. Circule o número correspondente ao grau de dificuldade ou de desconforto que imagina que sentiria caso não fizesse os referidos rituais, tivesse que entrar em contato com os lugares, situações ou pessoas ou tivesse que tocar nos objetos que geralmente evita. Leve em consideração os seguintes critérios:

Grau de desconforto:

0 – **Nenhum**
1 – **Leve**
2 – **Moderado**
3 – **Grave**
4 – **Muito grave**

A. OBSESSÕES E COMPULSÕES RELACIONADAS COM SUJEIRA, GERMES, CONTAMINAÇÃO, MEDO DE CONTRAIR DOENÇAS OU NOJO

Obsessões

(Circule o grau de perturbação provocado por esses pensamentos.)

0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com limpeza, germes, contaminação ou sujeira
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de contaminar as pessoas da minha família com germes ou com sujeira trazidos da rua
0	1	2	3	4	Certas substâncias me provocam repugnância ou nojo acentuado (carne, geléias, colas, esperma)
0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com produtos de limpeza, venenos, solventes, lubrificantes domésticos
0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com insetos

0 1 2 3 4 Preocupo-me demais por ter estado em um hospital, cemitério ou por ter visto uma pessoa morta
0 1 2 3 4 Minhas roupas estão contaminadas porque toquei em uma pessoa de quem eu não gosto, ou em lugares em que essa pessoa tocou ou esteve
0 1 2 3 4 Sinto-me contaminado porque toquei no lixo, em dinheiro ou em certas pessoas

Compulsões

(Circule o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se fosse impedido de executar os rituais descritos a seguir.)

0 1 2 3 4 Envolvo-me demais na limpeza da casa ou dos objetos (móveis, chão, talheres, louças, chaves do carro, carteira, bolsa, etc.)
0 1 2 3 4 Lavo minhas mãos por mais tempo e com maior freqüência do que o necessário
0 1 2 3 4 Lavo demais as minhas roupas ou as da minha família (sempre que chego da rua, que venho de um hospital ou cemitério ou que passo perto de certas pessoas)
0 1 2 3 4 Uso demais máquina de lavar, sabão, sabonetes, detergentes ou álcool
0 1 2 3 4 Lavo as coisas que trago do supermercado antes de colocá-las na geladeira (caixas de leite, latas de conserva ou de cerveja, garrafas de refrigerantes)
0 1 2 3 4 Tenho que desinfetar ou lavar coisas que trago da rua antes de pô-las em uso (exceto louças, talheres)
0 1 2 3 4 Demoro muito no banho, esfrego-me demais ou tomo o banho de forma ritualizada
0 1 2 3 4 Necessito demasiadamente me desinfetar ou desinfetar os outros
0 1 2 3 4 Obrigo os demais membros da família a fazerem as coisas anteriormente descritas.
0 1 2 3 4 Escovo os dentes de forma excessiva, demorada ou ritualizada
0 1 2 3 4 Separo sempre as roupas limpas das usadas
0 1 2 3 4 Jogo fora bolsas, carteiras, roupas, sapatos por considerá-los contaminados ou sujos.
0 1 2 3 4 Tenho que lavar as louças ou os talheres novamente, antes de usá-los
0 1 2 3 4 Tenho toalha ou sabonete só para mim e não permito que ninguém os toque ou use.
0 1 2 3 4 Uso luvas ou papel para evitar o contato direto com objetos ou com pessoas
0 1 2 3 4 Verifico seguidamente se não há sinais de sujeira ou de contaminação (pó nas prateleiras, fezes de ratos no pátio)

Lavações de mãos

(Circule o grau de ansiedade que sentiria se não lavasse as mãos nestas ocasiões.)

Tenho de lavar as mãos sempre que:

0 1 2 3 4 Toco em dinheiro ou leio o jornal
0 1 2 3 4 Cumprimento certas pessoas
0 1 2 3 4 Uso telefone público ou computador
0 1 2 3 4 Toco no corrimão do ônibus ou de escadas, na maçaneta da porta, nas chaves, na bolsa ou na carteira
0 1 2 3 4 Chego da rua
0 1 2 3 4 Outras situações que não estão no questionário. Refira o grau de dificuldade para se expor a: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Evitações

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, se expor ou tocar.)

Tenho medo de me contaminar ou de contrair doenças, sinto repugnância ou nojo e, por isso, evito tocar em:

0 1 2 3 4 Coisas que eu considero sujas, objetos que contenham pó, resíduos ou lixo doméstico
0 1 2 3 4 Maçanetas
0 1 2 3 4 Torneiras, tampas de vaso de banheiro (sem usar papel), trincos, torneiras e portas de banheiros públicos
0 1 2 3 4 Corrimãos, pegador do ônibus
0 1 2 3 4 Teclados de computador, telefones públicos
0 1 2 3 4 Interruptores de luz, do elevador
0 1 2 3 4 Manchas (na mesa, no sofá, nas cadeiras, na rua)
0 1 2 3 4 Resíduos ou secreções corporais (urina, fezes, saliva, sangue, esperma)
0 1 2 3 4 Substâncias viscosas (colas, gelatinas, geléias), carne
0 1 2 3 4 Caixas ou tubos de venenos domésticos (inseticidas, raticidas)
0 1 2 3 4 Outras pessoas, com medo de contrair doenças (mendigos, pessoas com câncer, homossexuais) ou de que passem algo de ruim
0 1 2 3 4 Animais domésticos (cães, gatos)

Evito:

0 1 2 3 4 Sentar em assentos de transportes coletivos, em bancos de praças ou em outros lugares públicos
0 1 2 3 4 Entrar em casa com os sapatos usados na rua
0 1 2 3 4 Entrar em casa e não lavar as mãos imediatamente
0 1 2 3 4 Sentar-me em sofás, em camas ou em cadeiras ao chegar da rua, sem antes trocar de roupa
0 1 2 3 4 Usar banheiros públicos, mesmo que estejam perfeitamente limpos
0 1 2 3 4 Freqüentar hospitais e clínicas ou andar em certos lugares com medo de contrair doenças
0 1 2 3 4 Ir ao cemitério
0 1 2 3 4 Entrar em casa sem trocar as roupas imediatamente
0 1 2 3 4 Jantar em um restaurante sem antes verificar se a louça ou os talheres estão limpos, ou sem antes limpá-los com um guardanapo
0 1 2 3 4 Usar a louça de casa sem antes lavá-la novamente
0 1 2 3 4 Usar certas roupas ou objetos pessoais "contaminados" (bolsas, carteiras, chaves, celular)
0 1 2 3 4 Entrar em contato com contaminantes ambientais (lixo radioativo, radiação, conservantes, lixo tóxico) e, por esse motivo, estou sempre tomando cuidados
0 1 2 3 4 Pisar em manchas suspeitas na rua (sangue, fezes)

B. OBSESSÕES DE DÚVIDAS E COMPULSÕES POR VERIFICAÇÃO OU CONTROLE

Obsessões

(Circule o grau de perturbação provocado pelas dúvidas mencionadas a seguir.)

Freqüentemente minha mente é invadida por dúvidas, seguidas da necessidade de verificar ou de me certificar sobre:

0 1 2 3 4 Se fechei ou não portas, janelas, geladeira, torneiras e se desliguei o fogão e o gás
0 1 2 3 4 Se desliguei os eletrodomésticos (antes de sair de casa, antes de deitar)
0 1 2 3 4 Se fechei bem as portas e os vidros do carro depois de estacioná-lo
0 1 2 3 4 Se compreendi completamente o parágrafo ou a página que li, a aula ou o filme a que assisti

0 1 2 3 4 Se fiz ou não a coisa certa
0 1 2 3 4 Se disse ou fiz alguma coisa errada ou se disse ou não a palavra certa
0 1 2 3 4 Se os outros entenderam perfeitamente o que eu disse
0 1 2 3 4 Se compreendi exatamente o que a pessoa disse
0 1 2 3 4 Se não fiz algo errado (atropelei alguém, disse ou escrevi algo inconveniente)
0 1 2 3 4 Se meu trabalho está sem falhas
0 1 2 3 4 Se o que pensei é moralmente condenável
0 1 2 3 4 Se minha aparência está perfeita
0 1 2 3 4 Se as minhas roupas estão perfeitamente ajustadas

Compulsões

(Circule o grau de desconforto ou de dificuldade que sentiria se não fizesse as verificações descritas a seguir.)

Verifico excessivamente (de forma repetida e desnecessária):

0 1 2 3 4 Portas e janelas, gás, torneiras, fogão e geladeira
0 1 2 3 4 Interruptores de luz, eletrodomésticos, mesmo após tê-los desligado
0 1 2 3 4 As coisas que escrevi, para verificar se não cometi algum erro
0 1 2 3 4 Documentos, carteira, bolsa, chaves e listas, antes de sair de casa
0 1 2 3 4 Meus *e-mails* ou mensagens no meu celular
0 1 2 3 4 Portas e vidros do carro, ao estacionar
0 1 2 3 4 No espelho, se estou bem-arrumado(a), se os cabelos estão bem penteados
0 1 2 3 4 No espelho, se estou mais gordo(a) ou mais magro(a)
0 1 2 3 4 Pulso, pressão ou temperatura do corpo
0 1 2 3 4 Se o celular está desligado
0 1 2 3 4 Extratos bancários, balancetes ou outras somas
0 1 2 3 4 Repasso diálogos para ver se não disse nada de errado
0 1 2 3 4 Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ou atropelei alguma pessoa
0 1 2 3 4 Tenho a necessidade de perguntar a mesma coisa várias vezes para ter certeza

C. OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

Obsessões (Pensamentos impróprios de conteúdo agressivo)

(Circule o grau de perturbação provocado por estes pensamentos.)

0 1 2 3 4 Pensamentos, impulsos ou imagens horríveis, violentas e indesejáveis de ferir os outros (esfaquear, dar um soco, estrangular, jogar pela janela, desejar que morra, etc.) passam pela minha cabeça e não consigo afastá-los
0 1 2 3 4 Pensamentos "ruins" (de que posso provocar alguma desgraça se não fizer algum ritual ou porque pensei) invadem minha cabeça, causando muita aflição
0 1 2 3 4 Perturbo-me ao ver facas, tesouras ou outros objetos pontudos, com receio de perder o controle sobre eles e usá-los contra alguma pessoa, ou necessito afastá-los ou guardá-los
0 1 2 3 4 Tenho medo de ferir a mim mesmo(a)
0 1 2 3 4 Pensamentos de falar obscenidades, dizer palavrões ou insultar outras pessoas passam pela minha cabeça sem motivo, e tenho receio de não me controlar
0 1 2 3 4 Tenho medo de fazer coisas que causem embaraço ou que prejudiquem outras pessoas
0 1 2 3 4 Pensamentos de causar dano ou machucar outras pessoas ou de não ter sido suficientemente cuidadoso(a) passam pela minha cabeça e me afligem
0 1 2 3 4 Com muita freqüência, tenho medo de que aconteça algum acidente (incêndio, arrombamento, assalto) por não ter sido suficientemente cuidadoso(a), por não ter verificado bem, por exemplo, portas, janelas, torneiras, eletrodomésticos

Compulsões

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, se expor, tocar ou deixar de fazer o ritual.)

Grau de dificuldade ou desconforto para não fazer o ritual

0 1 2 3 4 Tenho que verificar nos arredores se não feri ou atropelei alguém
0 1 2 3 4 Tenho a necessidade de confessar que fiz coisas que possam ter prejudicado ou feito mal a outras pessoas

Evitações

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, tocar, se expor ou assistir.)

0 1 2 3 4 Tenho necessidade de adotar medidas para evitar me ferir, ferir aos outros ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins que imagino que possam acontecer (esconder facas, colocar telas nas janelas)
0 1 2 3 4 Tenho dificuldade para usar objetos pontiagudos como facas e tesouras, principalmente se estou na frente de outras pessoas
0 1 2 3 4 Evito assistir a filmes que contenham imagens ou cenas violentas

D. OBSESSÕES DE CONTEÚDO SEXUAL IMPRÓPRIO

Obsessões

(Circule o grau de perturbação provocado por esses pensamentos ou impulsos.)

0 1 2 3 4 Freqüentemente passam pela minha cabeça cenas ou pensamentos impróprios, de conteúdo sexual, em relação a amigos ou a pessoas de minha família, que me perturbam
0 1 2 3 4 Molestar sexualmente meus filhos, irmãos ou outras crianças
0 1 2 3 4 Praticar sexo violento com outras pessoas
0 1 2 3 4 Olhar fixamente os genitais, os seios ou as nádegas de outras pessoas
0 1 2 3 4 Tirar a roupa (abaixo as calças, levanto as saias, rasgo a blusa) de outras pessoas
0 1 2 3 4 Imagino as outras pessoas nuas, e isso me aflige
0 1 2 3 4 Introduzir objetos no ânus ou na vagina
0 1 2 3 4 Freqüentemente sou atormentado por dúvidas sobre se sou ou se um dia posso me tornar um homossexual
0 1 2 3 4 Evito certos lugares como bancas de revistas e videolocadoras para não ter pensamentos de conteúdo sexual impróprios e que me aflingem
0 1 2 3 4 Outros pensamentos impróprios (de conteúdo sexual): _____

_____

_____

_____

_____

E. OBSESSÕES E COMPULSÕES DE CONTEÚDO RELIGIOSO OU BLASFEMO, ESCRUPULOSIDADE

Obsessão

(Circule o grau de perturbação provocado por estes pensamentos.)

0 1 2 3 4 Sou atormentado por pensamentos ou imagens de conteúdo sexual ou impróprios com a Virgem Maria, com Jesus Cristo ou com os santos
0 1 2 3 4 Sou atormentado por pensamentos, palavras ou imagens do demônio ou de outras entidades malignas
0 1 2 3 4 Preocupo-me de forma demasiada com a possibilidade de ter pensamentos de conteúdo blasfemo ou de cometer sacrilégios

0 1 2 3 4 Tenho medo excessivo de ser punido devido a pensamentos blasfemos
0 1 2 3 4 Preocupo-me de forma demasiada, pensando se algo que fiz ou passou pela minha cabeça foi certo ou errado, moral ou imoral
0 1 2 3 4 Preocupo-me muito, avaliando se algo que fiz ou pensei foi ou não pecado, e me atormenta a dúvida se Deus irá me perdoar ou não
0 1 2 3 4 Tenho medo de dizer palavrões, obscenidades ou blasfêmias
0 1 2 3 4 Tenho medo de não dizer a verdade de forma absolutamente certa e/ou de não ser perfeitamente honesto
0 1 2 3 4 Tenho medo exagerado de ter dito uma mentira, de ter trapaceado e prejudicado alguém
0 1 2 3 4 Tenho que confessar todos os meus pensamentos e comportamentos para os outros
0 1 2 3 4 Penalizo-me muito se não sou absolutamente correto
0 1 2 3 4 Preciso dizer, confessar de forma repetida coisas que fiz ou perguntar a alguém sobre isso, para certificar-me de que não fiz nada de errado

F. OBSESSÕES E RITUAIS DE CARÁTER SUPERSTICIOSO

Obsessões e rituais

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, tocar, ou deixar de fazer o ritual.)

0 1 2 3 4 Tenho medos supersticiosos e penso que pode me acontecer algo se passar embaixo de escadas, pisar nas juntas de lajotas, olhar certas pessoas ou locais, olhar um espelho quebrado, virar os chinelos
0 1 2 3 4 Acredito que existem certos objetos ou pessoas que podem provocar azar
0 1 2 3 4 Tenho medo de entrar em funerárias ou cemitérios e até de olhar para esses lugares, de ler obituários ou de ver certas pessoas
0 1 2 3 4 Tenho que rezar ou fazer o sinal da cruz de forma repetida
0 1 2 3 4 Preocupo-me de forma excessiva com certas cores de roupa, as quais evito usar
0 1 2 3 4 Preciso fazer certas coisas ou atividades um determinado número de vezes, para dar sorte ou para que não aconteçam desgraças
0 1 2 3 4 Acredito que certos nomes e palavras possam provocar azar
0 1 2 3 4 Necessito repetir certas palavras ou fazer certas ações ao contrário, para que não ocorram desgraças
0 1 2 3 4 Acredito que pensar em más notícias ou ouvi-las pode fazer com que elas aconteçam
0 1 2 3 4 Tenho medo de me transformar em outra pessoa (tocando, olhando)
0 1 2 3 4 Tenho que tocar em algum objeto (madeira, pedra, lajota, parede) de uma certa maneira para que não aconteça algo de ruim para alguma pessoa
0 1 2 3 4 Sinto que há números bons e maus, que dão sorte ou azar
0 1 2 3 4 Algo de muito ruim pode acontecer se eu não me benzer ou se não fizer um outro ritual quando passo na frente de uma igreja
0 1 2 3 4 Algo de muito ruim pode acontecer se eu não rezar ou se eu não fizer um determinado ritual antes de deitar ou em certas ocasiões
0 1 2 3 4 Acredito que arranjar os objetos de certa maneira evita que coisas ruins aconteçam
0 1 2 3 4 Acredito que algo de muito ruim pode acontecer se eu passar por certos lugares

Especifique: _____

Outras: _____

_____

_____

_____

Evitações

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que fazer o que usualmente evita, entrar em contato, se expor ou tocar.)

Evito:

0 1 2 3 4 Dizer ou escrever determinada palavra ou cantar certa música para não dar azar ou provocar desastres
0 1 2 3 4 Tocar pessoas que podem me fazer mal ou passar perto delas
0 1 2 3 4 Fazer qualquer atividade em determinados dias ou horários
0 1 2 3 4 Usar roupas de certas cores (preto, vermelho, marrom)
0 1 2 3 4 Andar em determinados lugares (cemitérios, funerárias, casas de santo) com medo de que provoquem azar
0 1 2 3 4 Usar determinados objetos que podem dar azar
0 1 2 3 4 Encontrar-me com certas pessoas, vê-las na TV ou olhar sua fotografia, com medo de azar

Outros medos supersticiosos: _____

_____

_____

_____

G. OBSESSÕES E COMPULSÕES POR ORDEM, SEQÜÊNCIA, SIMETRIA, EXATIDÃO OU ALINHAMENTO

Compulsão

(Circule o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que deixar de fazer o ritual ou fosse impedido de realizá-lo, ou para o grau de aflição que sente nas situações descritas ou quando as coisas estão fora de lugar.)

Tenho preocupação excessiva com ordem, simetria, alinhamento ou exatidão ou com que as coisas estejam "no lugar certo", por isso:

0 1 2 3 4 Necessito manter a minha casa e meus objetos perfeitamente em ordem
0 1 2 3 4 Evito usar salas, banheiros, escritórios que não tenham sido arrumados
0 1 2 3 4 Faço as coisas de certa maneira, em determinada ordem ou da forma "correta"
0 1 2 3 4 Acho que as coisas têm que estar no seu devido lugar
0 1 2 3 4 Os objetos sobre a minha escrivaninha ou no meu quarto necessitam estar arrumados de uma certa maneira
0 1 2 3 4 Alinho papéis, objetos, livros, roupas em certa ordem, para que estejam no lugar "certo"
0 1 2 3 4 Mesmo quando faço algo com muito cuidado, tenho medo de que possa não estar totalmente certo ou de que tenha falhas
0 1 2 3 4 Perturbo-me se os objetos não estão no lugar certo, não estão arrumados apropriadamente ou não estão alinhados
0 1 2 3 4 Perturbo-me se certas coisas não estão simétricas: quadros na parede, laços do pacote de presentes, laços do cadarço dos sapatos, os lados da colcha da cama, as cadeiras ao redor da mesa, as roupas no corpo
0 1 2 3 4 Alinho de forma exagerada os pratos e os talheres na mesa ou a comida no prato
0 1 2 3 4 Tenho de repetir as coisas várias vezes até ter certeza de que está tudo certo ou como deve ser
0 1 2 3 4 Preocupo-me em dizer as coisas de forma perfeita
0 1 2 3 4 Tenho que ler e reler um documento, para evitar que escape algo
0 1 2 3 4 Faço as tarefas muito devagar ou de forma repetida, para que não ocorram erros
0 1 2 3 4 Não consigo deixar uma tarefa incompleta
0 1 2 3 4 Evito olhar certas peças da casa, para não perceber que as coisas estão fora de lugar
0 1 2 3 4 Sinto-me obrigado(a) a seguir determinada seqüência ao vestir-me, ao despir-me, ao escovar os dentes, ao chegar em casa, ao tomar banho ou ao deitar, etc., que deve ser sempre a mesma

0 1 2 3 4 Essas obsessões são acompanhadas por pensamentos supersticiosos (preocupação com a possibilidade de que aconteça algum acidente com alguém da família, a menos que as coisas estejam no local exato ou alinhadas)

Outras: _____

_____

_____

_____

Observação: As compulsões por simetria, ordem ou alinhamento muitas vezes são realizadas apenas para que as coisas estejam "certas", alinhadas, "no lugar correto" ou para que as tarefas fiquem "completas", sem que sejam precedidas por um pensamento ou por um medo, mas apenas por sensação física de desconforto.

H. OBSESSÕES E COMPULSÕES POR POUPAR, ARMAZENAR OU GUARDAR OBJETOS SEM UTILIDADE E DIFICULDADE EM DESCARTÁ-LOS (COLECIONISMO)

(Circule o grau de dificuldade ou desconforto que sentiria caso não pudesse fazer as compulsões descritas ou fosse impedido de realizá-las.)

0 1 2 3 4 Guardo coisas inúteis, como embalagens vazias, cartões de telefone usados, revistas ou jornais velhos, sucatas, notas fiscais antigas, anúncios, cartões postais ou correspondências sem valor afetivo

0 1 2 3 4 Guardo eletrodomésticos que não têm conserto, roupas e sapatos que não serão mais usados, etc.

0 1 2 3 4 Tenho muita dificuldade de me desfazer de coisas sem utilidade, de colocá-las no lixo ou de doá-las

0 1 2 3 4 Muitos espaços na minha casa, como peças, armários, despensa, corredores, estão atravancados por objetos, papéis ou coisas inúteis, das quais não consigo me desfazer

0 1 2 3 4 Armazeno demais alimentos ou outros itens, mais do que tenho condições de consumir ou usar

0 1 2 3 4 Evito usar coisas novas e deixo-as guardadas, sem usá-las

0 1 2 3 4 Junto coisas sem utilidade na rua, em ferros-velhos, ou no lixo, etc.

0 1 2 3 4 Tenho muita dificuldade de pôr fora objetos, com medo de acidentalmente estar pondo fora coisas importantes

0 1 2 3 4 Tenho um grande apego a objetos que não têm utilidade alguma

0 1 2 3 4 Tenho preocupação excessiva em poupar e sofro quando tenho que gastar, mesmo sendo necessário e tendo dinheiro disponível

0 1 2 3 4 Controlo excessivamente e sem necessidade meus gastos e os de minha família, além de ficar muito irritado(a) quando alguém compra alguma coisa

0 1 2 3 4 Estou constantemente fazendo contas, revisando saldos bancários e talões de cheques, para certificar-me de que minha poupança aumentou

0 1 2 3 4 Leio cuidadosamente correspondência inútil ou tenho que ler todo o jornal, mesmo que os assuntos não me interessem

0 1 2 3 4 Dificilmente deleto *e-mails* e ligações ou mensagens do meu celular e minha caixa postal está sempre cheia

I. OBSESSÕES E COMPULSÕES SOMÁTICAS

Obsessões

(Circule o grau de desconforto que sente quando estes pensamentos ou medos invadem a sua cabeça.)

Tenho medo ou preocupação excessiva:

0 1 2 3 4 De vir a ter uma doença grave

0 1 2 3 4 De que possa ter uma doença grave que não foi diagnosticada

0 1 2 3 4 De que certas partes do meu corpo ou algum aspecto da minha aparência sejam feios (transtorno dismórfico corporal)
0 1 2 3 4 De que certas partes do meu corpo sejam muito pequenas ou muito grandes, ou de que sejam desfiguradas ou assimétricas

Compulsões

(Circule o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

0 1 2 3 4 Verifico demasiadamente minha aparência no espelho
0 1 2 3 4 Demoro muito tempo para escolher a roupa adequada
0 1 2 3 4 Questiono muito os outros sobre minha aparência
0 1 2 3 4 Repito muito exames e consultas médicas para a verificação de possíveis sintomas de doenças
0 1 2 3 4 Reviso muito minha pele (espinhas, sinais), para ver se ela está perfeita

J. REPETIÇÕES, CONTAGENS E COMPULSÕES MENTAIS

Compulsões

(Circule o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

0 1 2 3 4 Atraso-me com o trabalho, pois repito certas tarefas várias vezes
0 1 2 3 4 Preciso reler ou reescrever repetidamente parágrafos ou páginas
0 1 2 3 4 Preciso repetir atividades rotineiras: entrar e sair de um lugar, sentar e levantar da cadeira, passar o pente nos cabelos, amarrar e desamarrar o cadarço dos sapatos, tirar e colocar uma peça de roupa
0 1 2 3 4 Tenho que tocar em objetos, móveis ou paredes um determinado número de vezes
0 1 2 3 4 Preciso fazer ao contrário um movimento que recém fiz
0 1 2 3 4 Tenho de contar enquanto estou fazendo algo
0 1 2 3 4 Tenho de repetir certas palavras ou frases um determinado número de vezes.
0 1 2 3 4 Tenho de fazer uma tarefa um número determinado de vezes

Qual: _____

0 1 2 3 4 Necessito rezar em certo horário ou um determinado número de vezes
0 1 2 3 4 Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos
0 1 2 3 4 Tenho de repetir uma palavra "boa" para anular um pensamento ou palavra "ruim"
0 1 2 3 4 Tenho que memorizar fatos e informações, filmes, nomes de artistas e fico aflito se não consigo lembrar
0 1 2 3 4 Preciso repassar repetidamente situações passadas, para lembrar-me delas perfeitamente
0 1 2 3 4 Preciso repetir certa seqüência de palavras ou de números
0 1 2 3 4 Preciso repetir certas palavras ou frases ao contrário

Quais: _____

0 1 2 3 4 Faço algumas dessas repetições ou contagens acreditando que, com isso, evito que algo de muito ruim possa acontecer

Quais: _____

K. OBSESSÕES DIVERSAS

Obsessões

(Circule o grau de desconforto que sente quando esses pensamentos, imagens ou medos invadem a sua cabeça.)

0 1 2 3 4 Tenho a necessidade de saber ou de ficar lembrando nomes de pessoas, artistas, cantores, ou conteúdo de anúncios luminosos, letreiros, placas de carro, etc.

0 1 2 3 4 Tenho medo excessivo de dizer certas coisas ou palavras de forma errada ou esquecendo detalhes
0 1 2 3 4 Tenho medo excessivo de perder coisas
0 1 2 3 4 Tenho medo excessivo de cometer erros
0 1 2 3 4 Minha mente é invadida por certas imagens (não-violentas)

Quais: _____

0 1 2 3 4 Minha mente é invadida por sons, palavras ou músicas sem sentido

Quais: _____

0 1 2 3 4 Faço contagens sem uma razão especial
0 1 2 3 4 Preocupo-me demasiadamente com certas funções corporais: respiração, deglutição, piscar de olhos, irregularidades nos dentes
0 1 2 3 4 Certos sons ou barulhos (relógio, buzinas, sons de carros) me incomodam muito, e não consigo deixar de prestar atenção neles

L. COMPULSÕES DIVERSAS

(Circule o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

Necessito:

0 1 2 3 4 Fazer listas, mesmo de atividades rotineiras, que se repetem todos os dias da semana
0 1 2 3 4 Tocar, bater de leve ou roçar em objetos, móveis, paredes
0 1 2 3 4 Olhar fixamente ou para os lados, estalar os dedos ou as articulações (juntas) dos ossos do corpo

M. COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TOC

(Circule o grau de dificuldade ou desconforto se fosse impedido de fazer os rituais.)

0 1 2 3 4 Tenho tiques motores (piscar os olhos, movimentar a cabeça, os ombros) ou vocais (emitir um som, pigarrear)
0 1 2 3 4 Arranco cabelos, pêlos pubianos, fios das sobrancelhas, pêlos das axilas
0 1 2 3 4 Tenho o hábito de roer unhas, morder as cutículas
0 1 2 3 4 Realizo automutilações: tenho o hábito de me beliscar, mexer nos olhos com força
0 1 2 3 4 Tenho o hábito de coçar a cabeça, cutucar os dentes com a língua, espremer espinhas de forma excessiva
0 1 2 3 4 Tenho o hábito de comprar compulsivamente (por impulso, sem planejamento prévio e, geralmente, sem necessidade)

N. SINTOMAS NÃO APRESENTADOS NA LISTA

Transcreva nas linhas abaixo obsessões, compulsões ou evitações que, porventura, não constaram na lista:

_____

_____

_____

_____

FORMULÁRIO 3 – DIÁRIO DE SINTOMAS

Instruções para o preenchimento

Escolha um ou mais dias da semana que você considera os piores, nos quais você apresenta o maior número de sintomas, e preencha o seu diário. Identifique os horários, os locais ou as situações em que sua mente é invadida por obsessões e em que é compelido a executar rituais ou a evitar contato. Anote na planilha a data, o horário, a situação ou o local que desencadeou a obsessão, o ritual que realizou ou o que evitou, o tempo gasto ou o número de vezes que realizou o ritual e o grau de desconforto sentido. Se for uma obsessão, anote o tempo que ela permaneceu na sua cabeça e o grau de desconforto que sentiu, usando os seguintes critérios:

0. **Nenhuma perturbação**
1. **Leve:** pouco perturbador
2. **Moderada:** perturbador, mas ainda controlável
3. **Grave:** muito perturbador
4. **Muito grave:** extremamente perturbador

Se for um ritual, anote o número de vezes que executou ou o tempo que perdeu na execução (veja o exemplo na planilha.)

Diário de sintomas						
Dia	**Horário**	**Situação**	**Sintoma**	**Grau**	**Nº de vezes**	**Tempo**
10/8	8:30	Sair de casa	Verficação (compulsão)	3	2	5min

FORMULÁRIO 4 – REGISTRO DAS TAREFAS DE CASA

Anote, no espaço a seguir, as tarefas de casa, de exposição e prevenção de rituais ou outras (leituras, etc.) para a próxima semana. Especifique a tarefa, o local ou a situação, o tempo a ser dedicado e o número de vezes a ser feita, quando for o caso. No espaço à direita, anote, na véspera da sessão seguinte, o percentual da tarefa que foi realizado. Nas observações, anote as dificuldades encontradas ou os sentimentos experimentados.

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

Data: ___ /___ /___

Tarefas	% de realização
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Observações: _____

FORMULÁRIO 5 – YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)[114]

Instruções para o preenchimento

Para responder às perguntas da Y-BOCS, identifique junto com o terapeuta uma ou mais de suas obsessões (as que mais o incomodam) e procure responder às cinco questões relativas a obsessões. Depois, identifique uma ou mais das suas compulsões (as que mais o prejudicam) e, da mesma forma, responda às cinco perguntas relativas a compulsões. Você obterá três notas: uma correspondente à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre obsessões, outra relativa à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre compulsões e o escore total.

ESCALA Y-BOCS

OBSESSÕES

1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos (ou obsessões)

Pergunta: Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0. **Nenhum**
1. **Leve**: menos de uma hora por dia ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais
2. **Moderado**: uma a três horas por dia ou intrusões freqüentes
3. **Grave:** mais de três horas (até oito horas) por dia ou intrusões muito freqüentes
4. **Muito grave:** mais de oito horas por dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência gerada pelos pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

0. **Nenhuma interferência**
1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar tarefas
3. **Grave:** provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?

0. **Nenhuma perturbação**
1. **Leve:** pouco perturbador
2. **Moderada**: perturbador, mas ainda controlável
3. **Grave:** muito perturbador
4. **Muito grave**: mal-estar quase constante e incapacitante

4. Resistência às obsessões

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar para eles ou distrair a atenção quando eles invadem sua mente?

0. **Sempre faz esforço para resistir,** ou tem sintomas mínimos, que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maior parte das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça algum esforço para afastá-las**
4. **Cede completamente a todas as obsessões, de modo voluntário**

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. **Controle total**
1. **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3. **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade
4. **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes você é capaz, mesmo que de forma momentânea, de modificar seus pensamentos obsessivos

COMPULSÕES (RITUAIS)

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos (compulsões ou rituais)

Pergunta: Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras, devido aos seus rituais?

0. **Nenhum**
1. **Leve**: passa menos de uma hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. **Moderado**: passa de uma a três horas por dia realizando compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
3. **Grave**: passa de três a oito horas por dia realizando compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
4. **Muito grave**: passa mais de oito horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos muito numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Pergunta: Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. **Nenhuma interferência**
1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada**: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas ainda consegue desempenhar
3. **Grave:** comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave**: incapacitante

8. Desconforto relacionado ao comportamento compulsivo

Pergunta: Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0. **Nenhum desconforto**
1. **Leve:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
2. **Moderado:** a ansiedade subiria para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ansioso durante a sua execução
3. **Grave:** aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas, ou aumento acentuado e muito perturbador durante a sua execução
4. **Muito grave:** ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às compulsões

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. **Sempre faz esforço para resistir,** ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maioria das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que as faça com alguma relutância**
4. **Cede completamente a todas as compulsões, de modo voluntário**

10. Grau de controle sobre as compulsões

Pergunta: Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. **Controle total**
1. **Bom controle**: sente-se pressionado a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
2. **Controle moderado**: sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade
3. **Controle leve**: pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões
4. **Nenhum controle**: sente-se completamente dominado pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário. Raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Registre as notas: Obsessões: _____ Compulsões: _____ Escore total: _____

Se o escore total foi igual ou maior que 16, você apresenta sintomas do TOC em nível clínico. Entre 8 e 16, é considerado um nível de sintomas subclínico e, abaixo de 8, como sintomas mínimos ou ausentes.

FORMULÁRIO 6 – INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES (OCI-R)[115-117]

As afirmações a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas vivenciam diariamente.

Circule o número que melhor descreve **o quanto** a experiência mencionada tem incomodado ou causado aflição **neste último mês**. Os números referem-se às seguintes expressões verbais:

0 = Nem um pouco
1 = Um pouco
2 = Moderadamente
3 = Muito
4 = Extremamente

1.	Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já estão me atrapalhando	0 1 2 3 4
2.	Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário	0 1 2 3 4
3.	Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente	0 1 2 3 4
4.	Eu sinto vontade de contar enquanto estou fazendo coisas	0 1 2 3 4
5.	Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que ele já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas	0 1 2 3 4
6.	Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos	0 1 2 3 4
7.	Eu guardo coisas de que não preciso	0 1 2 3 4
8.	Eu verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc.	0 1 2 3 4
9.	Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei	0 1 2 3 4
10.	Eu sinto necessidade de repetir certos números	0 1 2 3 4
11.	Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado	0 1 2 3 4
12.	Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra a minha vontade me deixam chateado	0 1 2 3 4
13.	Eu evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento	0 1 2 3 4
14.	Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los	0 1 2 3 4
15.	Eu necessito que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem	0 1 2 3 4
16.	Eu acredito que existam números bons e ruins	0 1 2 3 4
17.	Eu lavo as minhas mãos mais vezes do que o necessário	0 1 2 3 4
18.	Eu tenho pensamentos impróprios com freqüência e tenho dificuldade em me livrar deles	0 1 2 3 4

Total de pontos: _____

FORMULÁRIO 7 – IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE CRENÇAS SUBJACENTES AOS SINTOMAS DO TOC

Liste pelo menos quatro rituais ou evitações que executa e identifique as obsessões e crenças distorcidas subjacentes a eles. Registre a que considera mais importante ou mais forte. Veja a lista abaixo e depois preencha o formulário.

1. Exagerar o risco
2. Exagerar a responsabilidade
3. Exagerar o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo
4. Fusão do pensamento e da ação
5. Pensamento mágico
6. Necessidade de ter certeza
7. Perfeccionismo

Data: ___ /___ /___

Rituais ou evitações	Obsessões	Crença subjacente
1.		
2.		
3.		
4.		

Outros rituais _____

_____

Data: ___ /___ /___

Rituais ou evitações	Obsessões	Crença subjacente
1.		
2.		
3.		
4.		

Outros rituais _____

_____

Data: ___ /___ /___

Rituais ou evitações	Obsessões	Crença subjacente
1.		
2.		
3.		
4.		

Outros rituais _____

Registro de pensamentos disfuncionais ou RPD				
A) Situação ativadora (Local, objeto ou pessoa)	B) Pensamentos automáticos (O que passou pela minha cabeça)	C) Conseqüências:		D) Crenças (Exagerar o risco, a responsabilidade)
		O que senti (Medo, ansiedade, etc.)	O que fiz (Rituais ou evitações)	
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Verifiquei o gás	Excesso de risco e de responsabilidade
Ao chegar da rua	Posso trazer doenças para dentro de casa	Medo	Lavei as mãos e troquei de roupa	Exagerar o risco

Instruções para o preenchimento

Identifique um horário, local ou situação em que a sua mente foi invadida por uma obsessão ou em que foi compelido a realizar um ritual. Responda às seguintes perguntas, anotando no formulário as suas respostas.

(A) Situação ativadora: Em que situação, local ou momento minha mente foi invadida por algum medo, preocupação, impulso, dúvida, pensamento ou imagem desagradável, imprópria? Anote a situação na grade.
(B) Pensamentos automáticos: O que passou pela minha cabeça naquele momento? As respostas a essa questão são os seus pensamentos automáticos.
(C) Conseqüências: O que você sentiu na ocasião (medo, aflição, culpa, nojo)? O que você foi levado a fazer para se livrar do desconforto ou do medo (ritual, evitação, ritual mental)? Se cedeu ao impulso de realizar um ritual ou de evitar o contato, o que sentiu depois de fazê-lo?
(D) Crenças: Além dos três itens do exercício ABC, acrescentamos um quarto: "crenças", para você se familiarizar com um conceito muito importante da terapia cognitiva. Responda às seguintes perguntas: Quais as crenças subjacentes (uma ou mais, dentre as várias crenças possíveis)? Para identificar a crença subjacente, reveja a lista de crenças do exercício anterior (veja o exemplo que está na planilha).

Veja os exemplos das duas primeiras linhas.

FORMULÁRIO 9 – IDENTIFICAÇÃO DE COMPULSÕES E CRENÇAS SUBJACENTES RELACIONADAS AO PERFECCIONISMO E À NECESSIDADE DE TER CERTEZA

Consulte na sua lista geral de sintomas as compulsões relacionadas a perfeccionismo ou à intolerância à incerteza (simetria, alinhamento, ordem, seqüência, dúvidas e repetições, etc.). Em seguida, escolha as tarefas de exposição e prevenção de rituais e os exercícios cognitivos que podem auxiliá-lo(a) a vencê-los.

LISTA DAS COMPULSÕES

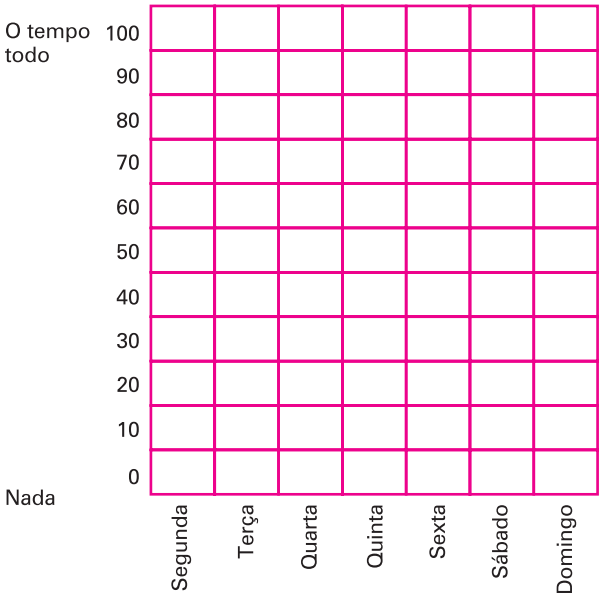
Situações	Compulsões	Pensamento ou crença

TAREFAS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS E EXERCÍCIOS COGNITIVOS

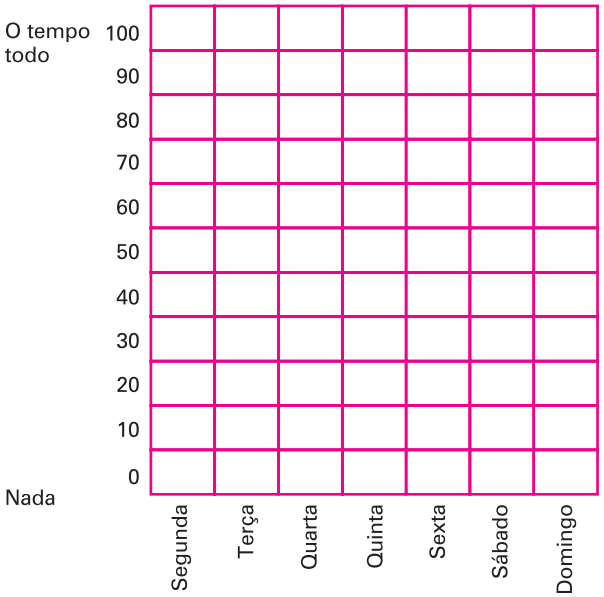
FORMULÁRIO 10 – PLANILHAS DE AUTOMONITORAMENTO

Semana: _____ a _____

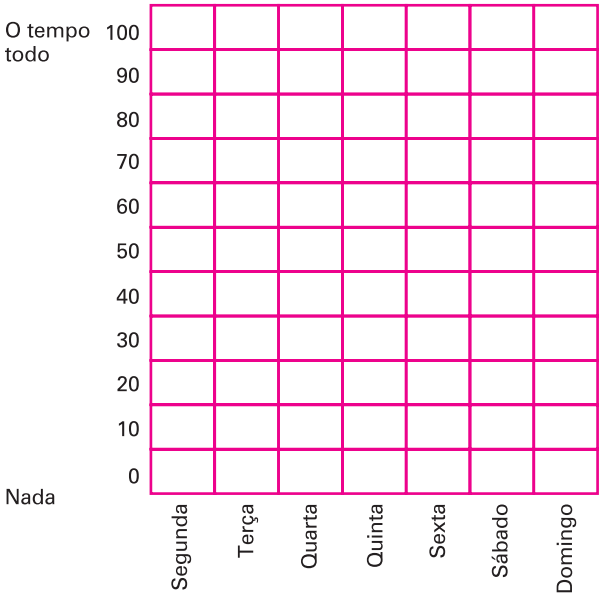
Hoje me senti bem (% do tempo)



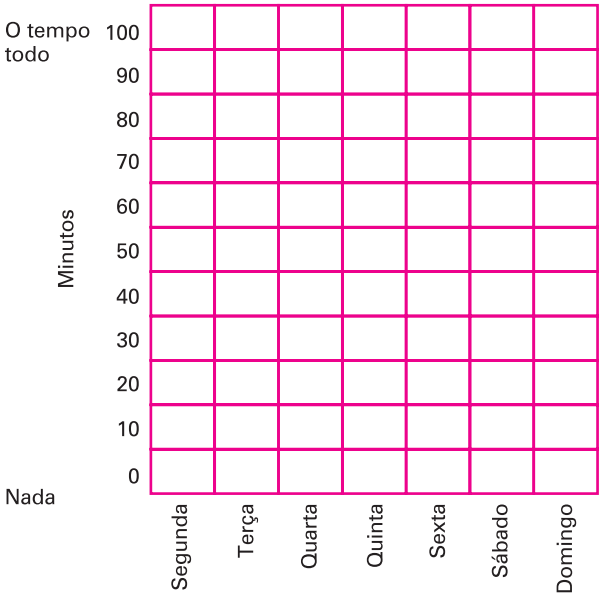
Obsessões me perturbam (% do tempo)



Hoje me envolvi em rituais (% do tempo)



Tempo (por dia) dedicado para realizar tarefas de exposição e prevenção da resposta



Anote razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:

_____

_____

_____

_____

FORMULÁRIO 11 – EXERCÍCIO PRÁTICO PARA COLECIONISTAS

1. Faça a lista dos objetos que você armazena e que, no seu entender, deve descartar:

   a)

   b)

   c)

   d)

   e)

   f) Outros:

2. Atribua uma nota de 0 a 4 para o grau de dificuldade que acredita sentir para descartar cada um dos objetos acima. Registre-a ao lado de cada objeto.
3. Quais peças de sua casa estão atravancadas de objetos sem utilidade?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. Tire fotografias das peças ou do amontoamento de objetos e mostre-as ao terapeuta.
5. Por onde você acha possível começar o descarte? Qual peça poderia ser liberada em primeiro lugar?

1. _____

2. _____

3. _____

Metas iniciais:

1. _____

2. _____

3. _____