

# VENCENDO O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

## CAPÍTULO 4 - INICIANDO A TERAPIA

### Objetivos:

- Conhecer os fundamentos da terapia comportamental
- Conhecer as técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta

### Exercícios práticos e tarefas:

- Treino nas técnicas de exposição e prevenção da resposta
- Graduação dos sintomas pelo grau de dificuldade
- Escolha das primeiras tarefas de exposição e prevenção da resposta
- Escolha de lembretes

### Como são as sessões de terapia cognitivo-comportamental?

A terapia cognitivo-comportamental é de curta duração, focada nos sintomas. Em geral, suas sessões são estruturadas com uma agenda e uma seqüência de tópicos previamente definidos. Inicia com uma revisão do humor e dos sintomas. É usual que o terapeuta inicie a sessão com perguntas do tipo: “Como você está se sentindo hoje em termos de bem-estar, ou 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? 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 revisão do humor ou dos sintomas, a sessão anterior é sucintamente lembrada, revisando as tarefas de casa propostas, clarificando algum ponto ou questão em aberto, tratando de dificuldades encontradas e, de certa forma, preparando a lista de tarefas para a semana seguinte. É recomendável que o paciente tenha um caderno de registros (que pode ser o próprio Manual), e a revisão pode ser feita com base nas anotações da semana. Encerrada esta parte, é feita uma agenda da sessão atual, com dois ou três tópicos a serem abordados. Para a agenda em geral, incluem-se situações ocorridas durante a semana onde o paciente apresentou sintomas mais intensos ou nas quais teve dificuldades em realizar os exercícios. Depois da abordagem de cada tópico da agenda, chega-se a conclusões práticas e às tarefas para casa, que são a marca registrada desta modalidade de terapia. Para cada sessão está prevista uma breve explanação psicoeducativa sobre diferentes temas, que serão aprofundados com a leitura

dos capítulos. A sessão é encerrada com a escolha das próximas tarefas de casa e com uma avaliação da sessão. Se você já estiver em terapia, seu terapeuta poderá seguir este modelo daqui em diante, com eventuais e pequenas variações. Portanto, habitue-se com o formato das sessões de terapia cognitivo comportamental:

- Avaliação do humor ou dos sintomas
- Revisão das tarefas de casa e discussão das dificuldades
- Agenda da sessão
- Explicação psicoeducativa sobre tópicos relacionadas ao TOC ou à terapia cognitivo-comportamental
- Exercícios práticos na sessão (opcionais)
- Escolha das tarefas de casa
- Avaliação da sessão

Cada um desses itens será descrito a seguir.

### **Revisão dos sintomas ou do humor, das tarefas de casa e estabelecimento da agenda da sessão**

A sessão deve iniciar com a revisão dos seus sintomas de TOC e de humor (ansiedade, tristeza, irritação), para ver se, em relação à última semana, eles diminuíram, aumentaram ou permaneceram iguais. Se possível, atribua uma nota da cada um deles. Se ocorrerem mudanças, discuta o motivo. Em seguida, revise os exercícios propostos na última sessão ou no final do último capítulo (elaboração da lista completa dos sintomas e aplicação da escala Y-BOCS) e identifique os diferentes tipos de sintomas. A maioria dos pacientes apresenta alguma dificuldade na realização deste exercício, ao ter que distinguir entre pensamentos, emoções e condutas. Aproveite para tirar suas dúvidas com o terapeuta.

Nesta sessão, parte da agenda já está prevista: inicialmente, seu terapeuta irá explicar como funciona a terapia comportamental, relembrar alguns dos princípios nos quais ela se baseia (formas de aprendizagem) e descrever as técnicas que ela utiliza. Talvez já se faça, no próprio consultório, alguns exercícios práticos de demonstração. Você irá pontuar os sintomas da sua lista de acordo com o grau de dificuldade encontrado na realização dos exercícios. Para encerrar a sessão, escolha os primeiros exercícios de casa.

## **Psicoeducação: os fundamentos da terapia comportamental**

### *Introdução*

Embora desde o início do Manual tenhamos falado em terapia cognitivo-comportamental, no presente capítulo vamos nos deter na chamada terapia comportamental, também conhecida como terapia de exposição e prevenção da resposta. Na verdade, esta ainda é a terapia mais testada e a que vem sendo utilizada há mais tempo no tratamento do TOC. É também a terapia mais simples de ser entendida, embora nem sempre seja fácil colocá-la em prática. A terapia cognitiva surgiu mais tarde, e não é tão difundida quanto a comportamental. É também um pouco mais complexa (razão pela qual vamos deixá-la para mais adiante), e suas técnicas e exercícios complementam a terapia comportamental, auxiliam a diminuir a aflição que os exercícios provocam e vêm sendo consideradas de grande utilidade pelos pacientes do nosso serviço. E, como já comentamos, a tendência é que se use as duas técnicas ao mesmo tempo.

### *Como a terapia comportamental reduz as obsessões e compulsões?*

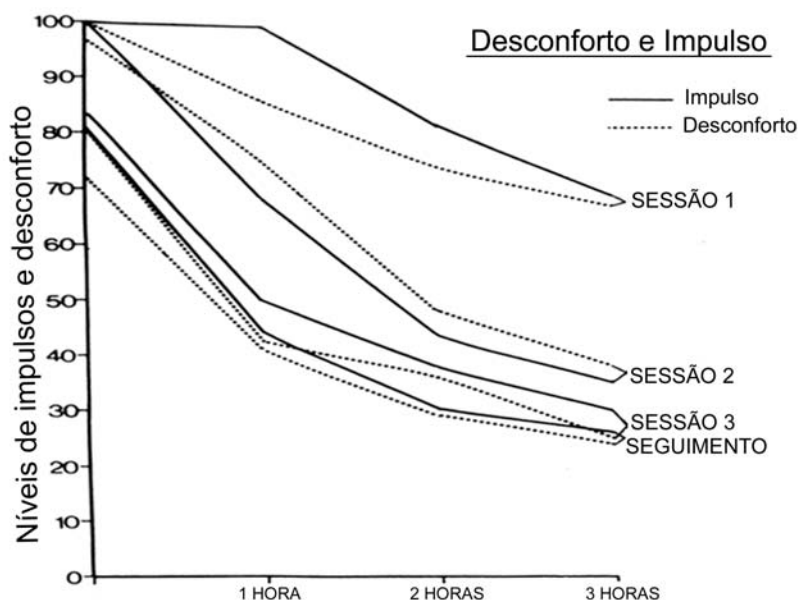
A terapia comportamental parte do princípio de que os sintomas do TOC são decorrentes de medos ou reações de desconforto que o paciente adquiriu ao longo da vida e que ele aprendeu a reduzir ou eliminar mediante a realização de rituais ou evitando o contato, como já vimos. Essas manobras, no entanto, ajudam a manter o transtorno. Assim, o objetivo da terapia comportamental é levar o indivíduo a perder seus medos, desaparecendo, com isso, as obsessões e a necessidade de executar os rituais.

A terapia comportamental se baseia fundamentalmente na constatação de que os medos podem desaparecer por completo através do fenômeno da habituação (desaparecimento espontâneo das reações físicas/emocionais que ocorrem sempre que a pessoa permanece em contato com objetos/situações que provocam aflição durante o tempo necessário, desde que os objetos/situações de fato não representem perigo). Na terapia cognitivo-comportamental, o contato é provocado de forma intencional através de duas técnicas: 1) a exposição; 2) a abstenção da execução de rituais (prevenção da resposta) nas situações em que a pessoa era levada a executá-los. Por isso, esta terapia é chamada de terapia comportamental ou terapia de exposição e prevenção da resposta.

Vejamos um pouco melhor o que são essas duas técnicas e como elas são utilizadas no TOC. Antes disso, vejamos também um pouco da história dessas técnicas e de como elas foram incorporadas no tratamento do transtorno.

### Um pouco da história

Autores ingleses (Hogdson, Rachman, Marks, entre outros), baseados em um trabalho de Meyer que obtivera sucesso ao tratar dois pacientes, ainda na década de 50, com técnicas comportamentais, fizeram, no início da década de 70, alguns experimentos interessantes que modificaram as concepções sobre o TOC existentes até então. Esses autores solicitaram a pacientes que apresentavam obsessões de sujeira/contaminação seguidas de rituais de limpeza, ou dúvidas seguidas da necessidade de realizar verificações, que se abstivessem de realizar os referidos rituais. Eles observaram que, depois de tocarem nas coisas sujas ou de se absterem de fazer verificações, ocorria um aumento inicial tanto da ansiedade como do impulso de executar os rituais, os quais desapareciam espontaneamente depois de um período que variava de 15 a 180 minutos. Foi observado, ainda, que, a cada repetição dos exercícios, a intensidade da ansiedade que surgia era menor, e se eles fossem repetidos um número suficiente de vezes, a ansiedade e o impulso de realizar rituais acabavam por se extinguir por completo. Essa era a constatação, no terreno dos sintomas obsessivo-compulsivos, do conhecido fenômeno da **habituação**, que desde então passou a ser a base da terapia de exposição e prevenção da resposta. Veja a figura a seguir, que ilustra a diminuição da ansiedade sentida após a realização dos exercícios.



**Figura 3.** Ansiedade sentida pelos pacientes após a realização dos exercícios (Adaptado de Rachman e Hogdson, 1980).

A partir dessas experiências, os autores sugeriram que a função dos rituais era a de reduzir a ansiedade e o desconforto provocado pelas obsessões, e não a de expressar conflitos inconscientes originários de problemas da infância, como até então se pensava.

Depois desses experimentos iniciais, duas outras pesquisas clínicas foram realizadas utilizando as mesmas técnicas para tratar grupos maiores de pacientes com TOC em ambiente hospitalar. Nessas pesquisas, a redução dos sintomas obsessivos foi observada em poucas semanas, ao contrário do que ocorria em outras terapias. Os pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois, de forma que a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves foi comprovada definitivamente, passando a constituir um dos tratamentos de escolha para o TOC.

## **As técnicas comportamentais**

### *Exposição*

A exposição é o principal recurso de que se dispõe para perder medos. Consiste no contato direto – ou no nível da imaginação – com objetos, lugares ou situações dos quais se tem medo ou que provocam desconforto e, por este motivo, são evitados. O efeito principal da exposição é um 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.

Alguns exemplos de exposição em casos de obsessão com sujeira: tocar em trincos de porta, corrimãos de escadas, sentar em assentos de coletivos, sentar em sofás de salas de espera de uma clínica; tocar em bolsas, chaves, carteiras; encostar roupas usadas em roupas limpas; sentar na cama ou no sofá da sala logo depois que chega da rua; tocar a tampa do vaso com as mãos ou dar a descarga em banheiros públicos, tocar no lixo, usar banheiros públicos sem cobri-los com papel quando não há sujeira visível, tocar o lixo com as mãos, etc. A exposição pode ser feita *in vivo*, quando há um 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 consideradas horríveis, normalmente mantidas afastadas da mente.

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. Os exercícios não devem ser interrompidos enquanto os níveis de ansiedade estiverem elevados (durante os primeiros 30 minutos).

A exposição também pode ser feita através de um exercício chamado de **modelação**, que é a realização de exposições pelo terapeuta, no próprio consultório, diante do paciente, enquanto o paciente ou apenas observa (modelação passiva) ou participa (modelação ativa). Alguns exemplos de modelação: andar com os pés descalços no carpete ou no piso do banheiro do consultório, tocar na sola dos sapatos e espalhar a “contaminação” pelo corpo, tocar no lixo, etc. O fundamento desta técnica está em uma forma de aprendizagem chamada de **aprendizagem social**, que vimos no capítulo anterior – a gente aprende observando os outros. Muitos medos são perdidos através da observação de outras pessoas: entrar na piscina, andar de bicicleta, andar de avião, comer uma comida desconhecida, subir num lugar alto ou difícil, atirar-se de um trampolim. No caso do TOC, o paciente pode perder medos observando outras pessoas lidar com os objetos ou situações evitados sem sentir medo.

### *Prevenção da resposta ou abstenção da execução de rituais*

Prevenção da resposta é o ato de se abster da execução de um ritual, compulsão mental ou quaisquer manobras destinadas a reduzir ou neutralizar a ansiedade, o desconforto ou o medo que acompanham as obsessões. Exemplos de prevenção de resposta: abster-se de lavar as mãos ou o corpo após tocar em objetos “contaminados”; de verificar a porta, o gás, o fogão ou as janelas mais de uma vez antes de deitar; de realizar contagens; não jogar fora objetos “contaminados”, continuando a utilizá-los; não lavar as torneiras antes de usá-las; não examinar os pratos, copos e talheres do restaurante ou passar o guardanapo neles; não examinar os lençóis ou toalhas do hotel para ver se estão bem limpos; não tentar afastar pensamentos “horribéis” da cabeça; abster-se de neutralizar pensamentos ou palavras “ruins” com pensamentos ou palavras “boas”; de repetir ações, palavras ou frases; de alinhar objetos, como roupas, toalhas, colchas, cadarços de sapato, etc.

No próximo capítulo, você poderá ver mais exemplos e sugestões de como planejar a exposição e a prevenção da resposta em diversas situações e para os sintomas mais comuns.

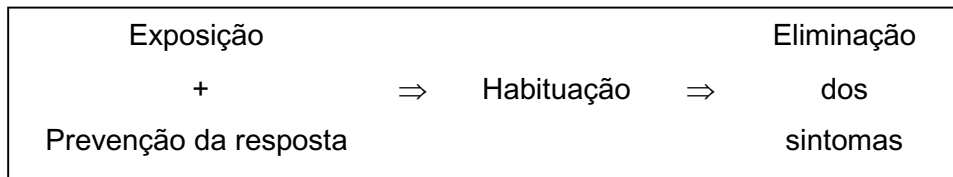
### *Como os sintomas desaparecem com a terapia cognitivo-comportamental*

Como já foi mencionado anteriormente, a natureza nos dotou de um mecanismo natural de diminuição de resposta a estímulos em geral (sons, cheiros, paladar, tato, luz) – a **habituação**. Curiosamente, esta diminuição também ocorre para reações de medo ou desconforto, desde que se permaneça em contato com o estímulo que as provoca por tempo suficiente e que ele de fato não ofereça qualquer risco. No TOC, foi demonstrado

que a ansiedade e, conseqüentemente, os sintomas físicos e psicológicos que o indivíduo sente (taquicardia, suor nas mãos, falta de ar, medo de perder o controle, apreensão) desaparecem espontaneamente após um período de exposição variando entre 15 minutos e 3 horas. Além disso, os sintomas desaparecem mais rapidamente quando a exposição é repetida. A cada exposição, a intensidade e a duração dos sintomas se tornam menores. O desaparecimento ocorre não só durante o exercício (habituação durante a sessão), mas continua ocorrendo no intervalo entre as exposições (habituação entre as sessões). Reações como nojo ou desconforto, além da sensação de que as mãos estão pegajosas, também desaparecem por este mesmo mecanismo.

Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade, mas a experiência tem demonstrado que o aumento da freqüência cardíaca, observado às vezes, não apresenta nenhum risco ao sistema cardiocirculatório (como uma crise de angina ou um enfarte, desmaios, crise de loucura, etc.).

Algumas pessoas perguntam se o fato de eliminar um sintoma não faz com que automaticamente surja outro em seu lugar. Na verdade, isso nunca foi constatado devendo, portanto, ser considerado como um mito. O que se observa é que o sintoma eliminado com os exercícios geralmente não volta. Por outro lado, pode ocorrer que alguns sintomas sejam eliminados enquanto outros persistem intocados.



## Iniciando a terapia

A terapia cognitivo-comportamental começa com exercícios considerados mais fáceis, deixando os mais difíceis para mais tarde (quando um problema é muito difícil de ser vencido, devemos dividi-lo em partes e enfrentar uma parte de cada vez). A meta de longo prazo é a eliminação completa dos sintomas da lista elaborada na primeira sessão, e esta é uma meta difícil e complexa. No entanto, com esta estratégia em mente, todas as semanas seu terapeuta irá lhe propor metas de curto prazo: vencer alguns sintomas em tarefas semanais de casa, por exemplo, que ele irá revisar com você na sessão seguinte.

## **Escolha das tarefas de exposição e prevenção da resposta**

Você já tem conhecimentos básicos sobre a terapia comportamental e sabe que poderá vencer os seus sintomas com duas técnicas: exposição e prevenção da resposta. Chegou, portanto, o momento de iniciar a terapia propriamente dita. Este início se dá pela escolha das primeiras tarefas de exposição e prevenção da resposta que você vai realizar. Como escolher as tarefas? Por onde começar? Embora existam algumas regras estabelecidas pela experiência (as quais serão exploradas em seguida), na escolha das tarefas vale, sobretudo, a avaliação pessoal do quanto você acredita ser capaz de realizar efetivamente. Vejamos algumas dessas regras. Deixe para fazer a sua escolha depois de ler os itens a seguir.

### **Os dez mandamentos da terapia de exposição e prevenção da resposta**

#### *1) Comece os exercícios pelas compulsões ou evitações*

Deve-se começar a terapia de exposição e prevenção da resposta pelas compulsões ou evitações. Com esses sintomas, é mais fácil planejar os exercícios, e eles são os que melhor respondem. O primeiro passo, portanto, é localizar, na sua lista, este tipo de sintoma. Reveja a lista que você elaborou após a leitura do capítulo anterior e, se você lembrar de mais algum sintoma, inclua-o no formulário. Focalize a atenção nas compulsões e nas evitações. Deixe as obsessões para mais adiante.

#### *2) Comece pelos exercícios mais fáceis*

A segunda regra é começar pelos exercícios considerados mais fáceis ou de dificuldade menor, para que você tenha uma boa chance de sucesso. É importante que se saia bem nos primeiros exercícios, pois isso, além de melhorar sua auto-estima, fará com que passe a acreditar mais em você mesmo e na possibilidade de vencer o TOC. No final do exercício, vamos lhe ensinar um método para avaliar o grau de dificuldade encontrado na exposição e prevenção da resposta de cada sintoma, e, assim, você poderá classificar toda a sua lista conforme este grau de dificuldade (este será um dos temas de casa), para depois, com base neste critério proceder à escolha.

#### *3) Escolha três a quatro tarefas por semana*

A maioria dos pacientes apresenta muitos sintomas, e não é possível combater todos ao mesmo tempo. Selecione três a quatro sintomas por semana, ou apenas um

sintoma que lhe toma muito tempo ou provoca muita aflição. Inclua sintomas novos somente quando os antigos já estiverem praticamente vencidos.

#### *4) Faça o exercício até a aflição desaparecer*

Na prática, o objetivo dos exercícios de exposição e prevenção da resposta é provocar a habituação. Assim, o ideal seria realizar o exercício até o desaparecimento completo da aflição, que, como vimos, pode ser rápido (15 minutos) ou relativamente demorado (3 horas). Se isso não for viável, fique em contato com o que lhe provoca aflição ou abstenha-se de fazer o ritual pelo maior tempo possível. Lembre que 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.). Comece com exercícios de duração menor (10, 20 ou 30 minutos) e aumente o tempo gradualmente até alcançar um total de uma hora, mesmo que este tempo seja dividido em diversos períodos. A terapia completa, como vimos, exige, em geral, um mínimo de 20 horas.

#### *5) Repita os exercícios o maior número de vezes possível*

Repita os exercícios de exposição várias vezes e fique o maior tempo possível sem executar o ritual ao qual está habituado (prevenção da resposta). Isso irá resultar na habituação.

#### *6) Identifique as situações-gatilho e programe os exercícios com antecedência*

Lembre que, com o passar do tempo, muitos rituais podem se incorporar de tal forma à rotina da pessoa que acabam se transformando em hábitos, executados praticamente sem se que a pessoa se dê conta. Se este é o seu caso, identifique as situações-gatilho que desencadeiam a sua necessidade de fazer coisas repetidas ou nas quais você é tentado a realizar os rituais ou fazer coisas de um jeito peculiar (por exemplo, ao deitar, ao sair de casa, ao usar o banheiro, no banho, etc.). Fique atento para essas ocasiões e programe com antecedência os exercícios e seu tempo de duração. Exemplos: “Vou sentar na cama com a roupa da rua durante 10 minutos”, “Não vou verificar o fogão”, etc. Procure quebrar seqüências ou trajetos que você executa sempre da mesma maneira (como ir ao trabalho sempre pela mesma rua, levantar pisando no chão com o mesmo pé, preparar um sanduíche sempre do mesmo jeito e na mesma seqüência, etc.). Peça aos seus familiares que o alertem quando perceberem que você está executando um ritual ou evitando algo.

### *7) Faça alguns exercícios com o seu terapeuta*

Se você está sendo atendido por um terapeuta, provavelmente ele irá propor que vocês façam alguns exercícios de exposição e prevenção de resposta juntos. O motivo para isso é simples: é mais fácil fazer coisas que provocam medo na companhia de outras pessoas. Aproveite esta oportunidade, treine com ele. Você pode levar ao consultório objetos que tenha dificuldade de tocar, como uma bolsa ou carteira que você considera contaminada, por exemplo. Juntos, vocês podem sentar no tapete, pisar no banheiro com os pés descalços, tocar no lixo, tocar em dinheiro, tocar na tampa do vaso do banheiro, tocar no sabonete usado, segurar o trinco da porta, tocar na sola dos sapatos e espalhar a sujeira pelo corpo, etc., tudo sem lavar as mãos depois. Treine a utilização da escala SUDS ao realizar esses exercícios (ver explicação mais adiante, neste capítulo). Com o auxílio da escala, avalie seu grau de desconforto ao iniciar os exercícios 15 minutos depois. Você verá que o desconforto diminuiu, ou seja, que o fenômeno da habituação ocorreu.

### *8) Lembre que a aflição é passageira*

Os exercícios provocarão um aumento passageiro da aflição e da ansiedade. É justamente por causa dessa aflição e ansiedade que você evita enfrentar as situações e “prefere” permanecer com o TOC. Além disso, você tem muito medo da aflição e imagina que é incapaz de suportá-la, que pode ter um descontrole completo, ter que ser levado a um pronto-socorro ou até ter um ataque cardíaco. No entanto, você vai se surpreender, vai descobrir que é capaz de suportar o aumento da ansiedade, que ela não dura para sempre, não enlouquece e não provoca doenças cardíacas. Embora, no momento da realização dos exercícios, os sintomas físicos e a sensação sejam desagradáveis, você irá descobrir que é capaz de suportar essas sensações, o que representa uma vitória sobre o aprisionamento e a falta de liberdade causados pelo TOC, levando a um aumento da confiança em si mesmo e da auto-estima.

### *9) Use lembretes*

Escreva alguns lembretes num cartão, mantenha-os ao seu alcance e releia-os várias vezes ao longo da semana. Esses lembretes serão úteis para tranquilizá-lo e auxiliarão você a controlar seus medos e imaginações catastróficas. No final do capítulo, você encontrará algumas sugestões de lembretes.

### 10) *Seja generoso consigo mesmo*

Às vezes é difícil cumprir 100% dos objetivos estabelecidos. Caso você não tenha conseguido realizar todos os exercícios da forma idealizada, não considere isso um fracasso. Lembre que falhar em parte não significa falhar no todo, e que perder uma batalha não é perder uma guerra. Procure não desqualificar o que você conseguiu, valorize pequenos ganhos ou realizações parciais dos exercícios e, sobretudo, não desista. Sempre que você conseguir completar uma tarefa com sucesso, dê um pequeno presente a si mesmo, fazendo algo que você gosta, como comer um doce, ler o jornal, jogar na Internet, ver os e-mails, assistir um pouco de TV, ouvir música, fazer um telefonema para um amigo, etc.

#### **As quatro regras de ouro da terapia de exposição e prevenção da resposta**

- 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 se sentir melhor, faça um 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)

### **Como saber quais exercícios são mais fáceis?**

Como comentamos no início, é interessante começar pelos exercícios mais fáceis. Para seguir esta recomendação, você deverá definir quais exercícios você considera fáceis e quais considera difíceis. Você pode fazer isso de duas formas:

1) Diante da sua lista de sintomas, imagine-se enfrentando cada um dos objetos, móveis, roupas, locais, etc. que você usualmente evita e perguntando a si mesmo se isto é difícil ou fácil. Quais dessas exposições você considera mais difíceis e quais considera mais fáceis? Anote as suas respostas. Elas orientarão você na escolha do seu primeiro exercício de exposição e prevenção da resposta ao final do capítulo. Veja a seguir os rituais ou compulsões. Faça as mesmas perguntas, imaginando as mais fáceis e as mais difíceis no caso de você se abster de executá-las. Mais uma vez, anote suas respostas.

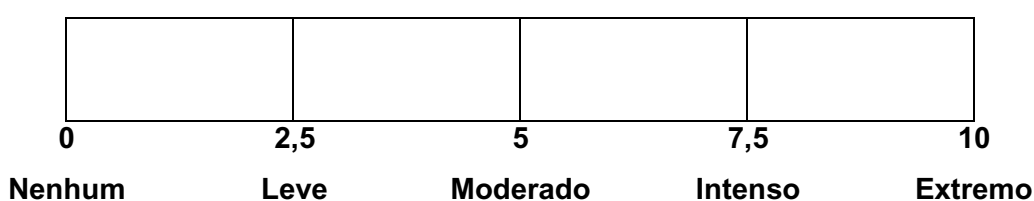
2) A segunda modalidade para avaliar o grau de dificuldade na exposição e prevenção da resposta é utilizando a escala SUDS, que permite atribuir um grau de 0 a 10 na aflição sentida ao realizar os exercícios. O próximo item descreve como se deve utilizar a escala.

## Quantificação do grau de desconforto subjetivo de acordo com a escala SUDS

O grau de aflição que você sente quando uma obsessão invade a sua cabeça e você é obrigado a executar um ritual, ou o grau de aflição ou desconforto que você imagina sentir ao se abster de realizar uma compulsão ou tocar/entrar em contato com as coisas e lugares que evita pode ser avaliado utilizando um instrumento ou uma escala chamada de escala SUDS. Na verdade, trata-se de uma avaliação subjetiva, mas você vai ver como é fácil distinguir os graus, especialmente os extremos. É interessante gastar alguns minutos e aprender a usar a escala.

A escala SUDS (Subjective Units of Distress ou unidades subjetivas de desconforto) foi desenvolvida por um dos pioneiros da terapia comportamental chamado Joseph Wolpe, que trabalhou durante muitos anos na África do Sul e, posteriormente, na Califórnia, tendo falecido recentemente. Fazia experiências em laboratório, nas quais gatos adquiriam (aprendiam) medo de entrar em gaiolas onde haviam recebido choques elétricos. Desenvolveu, ainda, métodos que levavam os mesmos gatos a perder (desaprender) os medos adquiridos, métodos estes que foram posteriormente utilizados com sucesso no tratamento de pessoas com fobias. Um dos métodos consistia na exposição gradual, denominada por ele de dessensibilização sistemática (por analogia a uma técnica de tratamento de problemas alérgicos), que até hoje é utilizada para tratar pessoas com sintomas fóbicos (medo de insetos, de animais, de lugares fechados, de alturas, etc.) e que deu origem à técnica de exposição que você vai utilizar para vencer os sintomas do TOC. Como já comentamos, os portadores do transtorno têm em comum com os fóbicos o fato de apresentarem medos irracionais de objetos, pessoas ou lugares que não oferecem nenhum risco.

A escala SUDS é uma espécie de régua (veja a seguir) com a qual você mede ou “dá uma nota” para o grau de aflição ou desconforto que você sente ao se abster de fazer um ritual depois que uma obsessão invade sua cabeça, ou ao tocar em objetos ou freqüentar lugares que você usualmente evita. A escala original tinha o grau máximo de 100, e a versão abaixo foi adaptada para ter o grau máximo de 10. Como se pode ver, ela possui alguns pontos de referência, mas qualquer nota de 0 a 10 pode ser atribuída ao seu sentimento.



#### Figura 4. Escala SUDS: graus de desconforto

Para aplicar a escala e atribuir uma nota ao desconforto, pense inicialmente nos dois extremos: uma situação de grande aflição, a maior que você já sentiu na vida (num acidente de carro, quando sofreu um assalto, numa tempestade muito forte, etc.). Procure lembrar o nível de aflição sentida naquele momento e considere este como sendo o grau extremo. Depois, imagine uma situação de absoluta calma e tranqüilidade e considere, neste estado, grau 0 de desconforto. Um grau intermediário entre os dois extremos seria 5; entre o grau 5 e o extremo, 7,5, e entre o grau 5 e 0, 2,5. Veja os critérios:

- **Grau 0:** ausência de qualquer ansiedade ou desconforto;
- **Grau 2,5:** ansiedade leve; intermediária entre 0 e 5;
- **Grau 5:** ansiedade moderada;
- **Grau 7,5:** ansiedade intensa; intermediária entre 5 e 10;
- **Grau 10:** ansiedade extrema: o máximo que você imagina que possa sentir.

#### A regra dos 80%

O Dr. Lee Baer, em seu livro *Getting control*, sobre terapia comportamental do TOC, sugere a regra dos 80%, ou seja, um critério para a escolha ou adiamento das tarefas. Para aplicar este critério, você pode fazer uma das seguintes perguntas diante dos sintomas pontuados na escala SUDS: “Qual o percentual de probabilidade de que eu consiga de fato realizar a exposição ou prevenção da resposta?” ou “Considerando dez tentativas, em quantas eu considero que irei completar os exercícios?”. O Dr. Baer sugere que sejam escolhidas como tarefas de casa aqueles exercícios que você acredita ter pelo menos 80% de chance de cumprir. Em outras palavras: não inclua na lista tarefas que você acredita não ter chances de cumprir. Caso o percentual de chance esteja abaixo de 80 em todos itens, reduza o tempo de duração do exercício e, então, veja se as chances de você fazer o exercício de exposição ou prevenção da resposta aumentam. Negocie consigo mesmo metas menos difíceis, até chegar a uma proposta que você considere realista e exequível. Por exemplo, se você não consegue se expor durante meia hora, talvez o consiga durante 10 minutos, cinco minutos, ou até mesmo durante um minuto apenas. Se você encontrar dificuldade em fazer a escolha, peça sugestões ao seu terapeuta.

Agora que você já sabe como escolher as tarefas, está apto para definir os exercícios da próxima semana, iniciando efetivamente a terapia.

## Exercícios práticos

Agora que você terminou a leitura do capítulo, faça os exercícios práticos propostos a seguir. Peça uma orientação ao seu terapeuta. Particularmente, é interessante que o primeiro exercício – treinamento na aplicação da escala SUDS – seja feito em conjunto com o seu terapeuta.

### 1) Treino da aplicação da escala SUDS.

Procure, na sua lista completa de sintomas, duas situações que você se sente compelido a evitar (corrimão de escada, sofá, cemitério, hospital) e outras duas em que você se sente compelido a realizar um ritual (lavar as mãos, verificar, repetir, alinhar, contar). Depois, atribua uma nota para o grau de aflição que você sente antes de executar o ritual e depois de tê-lo executado. Finalmente, preencha o exercício abaixo:

#### Evitações

Situação 1 - Objeto que não toca ou local que evita: \_\_\_\_\_

Grau de aflição que imagina sentir se tocar ou freqüentar: \_\_\_\_\_

Situação 2 - Objeto que não toca ou local que evita: \_\_\_\_\_

Grau de aflição que imagina sentir se tocar ou freqüentar: \_\_\_\_\_

#### Rituais

Situação 1: \_\_\_\_\_

Ritual que é compelido a realizar: \_\_\_\_\_

Grau de aflição que imagina sentir ao se abster de realizar o ritual: \_\_\_\_\_

Situação 2: \_\_\_\_\_

Ritual que é compelido a realizar: \_\_\_\_\_

Grau de aflição que imagina sentir ao se abster de realizar o ritual: \_\_\_\_\_

### 2) Pontuação dos sintomas da lista de acordo com a escala SUDS.

Este exercício consiste em pontuar todos os sintomas da sua lista com base na escala SUDS, ou seja, em razão do grau de aflição que você imagina sentir ao se expor ou se abster de realizar rituais, ou quando sua mente é invadida por obsessões. Veja novamente a lista de sintomas do final do capítulo 3 e preencha a coluna da direita (“Grau de desconforto”). Depois de atribuir notas a todos os sintomas, dê uma olhada no

conjunto de pontuações. Observe qual o sintoma de menor grau e qual o sintoma mais difícil; veja se o resultado corresponde à realidade. Se necessário, corrija as distorções.

3) Escolha das primeiras tarefas de exposição e prevenção da resposta.

Com base nas notas ou na sua impressão subjetiva de dificuldade, escolha três ou quatro tarefas que você considera as mais fáceis: abster-se de fazer algum ritual ou não evitar algo.

Procure ser realista e selecione apenas objetivos que você acredita ter uma boa chance de alcançar. Lembre-se da regra dos 80%. Deixe os mais exercícios difíceis, bem como as obsessões, para mais adiante. Se você considerar todos os exercícios muito difíceis, procure variar o tempo de exercício, começando com um tempo bem curto, como mencionado anteriormente.

**Exemplos de tarefas ou metas:**

- Não lavar as mãos durante 15 minutos depois que chego da rua.
- Verificar a porta apenas uma vez antes de deitar.
- Não lavar a torneira da pia.
- Segurar firme no corrimão do ônibus e não lavar as mãos depois.

Tarefas da semana:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

4) Escolha de lembretes.

Escolha um dos lembretes do quadro a seguir. Sublinhe-o ou transcreva-o para um cartão. Releia-o durante a semana.

**Lembretes:**

- Minha aflição não vai durar para sempre! Vai chegar um momento em que ela irá passar!
- A aflição não é um foguete que sobe sempre. Ela vai até um certo ponto e depois desce!
- Tudo o que sobe também desce!
- Basta não fazer nada, e a aflição e a ansiedade desaparecerão por si!
- Se eu ficar prestando atenção no que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!
- Quanto mais eu me preocupo com um pensamento, mais tempo ele permanece na minha mente!

## **CAPÍTULO 5 - CONTINUANDO A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DA RESPOSTA**

### **Objetivos:**

- Avaliar o humor e revisar as tarefas de casa
- Planejar exercícios de exposição e prevenção da resposta para diferentes sintomas
- Planejar a exposição a pensamentos ruins ou impróprios
- Planejar a prevenção da resposta para compulsões mentais

### **Tarefas:**

- Tarefas de casa para a semana

### **Revisão dos sintomas ou do humor, revisão das tarefas de casa e estabelecimento da agenda da sessão**

Comece a sessão revisando seus sintomas e seu humor em conjunto com o terapeuta: veja se eles diminuíram, aumentaram ou se permanecem iguais em relação à última semana. Se possível, atribua uma nota para cada um dos sintomas e para o humor. Se mudanças ocorrerem, discuta o motivo. Em seguida, revise os exercícios propostos na última sessão, ou seja, a graduação dos sintomas, os exercícios de exposição e prevenção da resposta e o uso de lembretes. Conte ao terapeuta como você se saiu em cada um deles, o número de vezes que conseguiu realizá-los e os problemas encontrados. Discuta também os conceitos apresentados no capítulo anterior e solicite esclarecimentos sobre suas dúvidas e dificuldades. Finalizada a revisão da sessão anterior e dos exercícios, estabeleça, em conjunto com o terapeuta, a agenda da presente sessão, na qual técnicas de exposição e prevenção da resposta para diferentes sintomas continuarão sendo expostas.

Após a discussão de cada um dos tópicos da agenda e da explanação do terapeuta, você e ele, em conjunto, escolherão as novas tarefas da semana, incluindo, se possível, alguns dos exercícios que serão propostos ao longo do presente capítulo, sempre com base na lista de sintomas. A sessão será encerrada com uma avaliação sua em relação à sessão e à terapia em geral.

## **Exposição e prevenção da resposta para diferentes sintomas**

Os sintomas do TOC são, em geral, bastante variados e mudam ao longo do tempo. Assim, é possível que, para alguns dos sintomas, você não tenha conseguido pensar em exercícios de exposição e prevenção de rituais adequados. Como regra geral, você deve fazer exatamente o contrário do que costumava fazer, o contrário daquilo que lhe proporcionava alívio. Parece absurdo, mas essa é a verdade.

Para ajudar você a dar continuidade à terapia, vamos revisar os sintomas mais comuns, dando exemplos de exercícios de exposição e prevenção da resposta. É interessante que você leia todos os tópicos, mesmo que muitos não se apliquem diretamente ao seu caso – afinal, eles poderão inspirá-lo ao imaginar exercícios para outros sintomas. Leia com atenção os exemplos que se aplicam ao seu caso, e imagine como você poderá fazer a exposição ou prevenção da resposta. No mais, é necessário ser criativo e imaginar, em diferentes situações, como essas duas técnicas psicoterápicas poderiam ser utilizadas.

### *Compulsões por limpeza e lavagens excessivas*

São os sintomas mais frequentes do TOC, para os quais a exposição e a abstenção de realizar lavagens excessivas são essenciais. O primeiro desafio relacionado com este sintoma é saber quando as lavações são um hábito de saúde recomendável e quando são excessivas e desnecessárias, devendo ser consideradas rituais do TOC.

Muitos pacientes com TOC perdem a noção do que é “normal” e do que é excessivo. Uma paciente perdia um tempo enorme ao chegar do supermercado porque passava um pano úmido em todas as embalagens de refrigerantes, lavava as latas de azeite, compotas, conservas, caixas de leite, etc., escovava e lavava os ovos antes de colocá-los na geladeira, etc. Uma outra lavava todas as suas verduras com detergente, usando luvas, perdendo muito tempo no preparo dos seus alimentos. Ambas consideravam necessárias e “normais” as lavagens que faziam, e se surpreenderam ao perceber que, no grupo de pacientes, ninguém mais procedia daquela maneira. Um outro paciente queimou suas roupas depois de ter visitado um familiar com câncer no hospital, e considerava este procedimento necessário para evitar que as doenças e a AIDS fossem trazidas do hospital para dentro casa. Um outro jogara fora sua bolsa, que, sem querer, havia encostado em um recipiente de venenos. Uma outra paciente, ainda, pusera no lixo suas roupas porque havia tocado em um mendigo.

Assim, o primeiro passo é estabelecer, para você mesmo, quais lavagens são normais em questão de higiene e quais são excessivas. Faça uma pesquisa. Escolha algumas pessoas de sua confiança, que não sejam portadoras de TOC, e pergunte a elas

como procedem nas circunstâncias em que você se lava excessivamente. Estabeleça como meta lavar-se da mesma forma que seus conhecidos não-portadores de TOC o fazem. Além disso, veja as regras a seguir.

Lave as mãos:

- antes das refeições;
- antes e depois de preparar alimentos;
- sempre que você enxergar alguma sujeira;
- depois de usar o banheiro;
- depois de lidar com venenos domésticos;
- depois de usar graxas ou lubrificantes;
- depois de passar o aspirador, lavar a louça, limpar o chão.

É importante ficar atento para que você não adote medidas para driblar a exposição ou a prevenção da resposta. Exemplos: ter uma mão “suja” ou “contaminada” para os objetos “contaminados” e outra para os “limpos”. Um paciente dividia a mão em metade contaminada (três primeiros dedos) e metade limpa (últimos dois dedos). Uma outra considerava a palma da mão limpa e o dorso contaminado. Essas manobras acabam neutralizando e anulando os efeitos da exposição e prevenção da resposta. Assim, uma primeira medida é eliminar essas divisões.

Muitas vezes, o interior da casa ou certos compartimentos do roupeiro ou dos armários, a cama (sem contar a colcha), etc. podem ser considerados limpos pelo portador do TOC, que obriga os demais membros da família a respeitar essas divisões. Como exemplo, havia um paciente que não podia tocar em mais nada depois do banho, antes de deitar; obrigava-se a ir num único salto da porta do banheiro até sua cama. Caso tocasse em algo, era obrigado a repetir o banho. Uma outra paciente não sentava no sofá da sala depois de colocar o pijama. Nesses casos, é bastante simples imaginar as tarefas de exposição e prevenção da resposta.

### *Excessiva demora no banho*

A preocupação excessiva com a limpeza corporal pode levar os pacientes a estender o banho por até várias horas (mais comumente, por uma hora ou uma hora e meia). Além da demora em si, eles esfregam demais a esponja na pele, usam sabonetes de forma excessiva (ensaboam-se três ou quatro vezes, quando apenas uma é suficiente) e, assim, eventualmente provocam lesões na pele. Havia um paciente que só encerrava o banho quando o reservatório do prédio esvaziava, criando problemas aos demais moradores. Se este é o seu caso, cronometre o tempo do seu banho e

estabeleça como meta reduzi-lo em 30% a cada semana até chegar a um tempo razoável: 10 a 15 minutos. Observe o tempo que seus familiares levam e procure chegar à mesma marca. Você pode, ainda, valer-se de um despertador, que deverá tocar quando o tempo estabelecido estiver esgotado ou 5 minutos antes, ou 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 avisaria o paciente 5 minutos antes de encerrar o prazo e, depois disso, desligaria o registro do banheiro.

Os pacientes podem apresentar essa mesma demora para se secar e, depois, para se vestir, e nesses casos também podem ser estabelecidos tempos para cumprir as tarefas.

### *Verificações*

Talvez você se pergunte até que ponto a verificação de portas, janelas, gás ou aparelhos elétricos é normal, e quando essas medidas de segurança passam a ser excessivas. Nessa questão também é interessante observar como se comportam as pessoas que não são portadoras de TOC. Como regra, desconfie de tudo o que você faz mais de uma vez. Lembre que algumas verificações podem, inclusive, aumentar o risco de o equipamento se danificar. Por exemplo, abrir e fechar a torneira do botijão de gás várias vezes ao dia ou girar os botões do fogão mais vezes não só não lhe dá garantias de que não haverá vazamento, como também as chances de que possam ocorrer incidentes aumentarão. Lembre que é mais fácil identificar o gás pelo seu cheiro característico (um artifício das companhias distribuidoras, que permite identificar vazamentos) e que uma torneira de água pingando não significa necessariamente um desastre. Uma paciente havia danificado várias torneiras em sua casa de tanto apertá-las para certificar-se de que estavam bem fechadas. Lembre que os imprevistos sempre podem acontecer: uma chuva de granizo pode danificar o telhado do seu prédio, um cano de água na sua casa pode estourar e ela ficar inundada. Não há como impedi-los totalmente. Temos que aprender a conviver com esta possibilidade, sem saber se os imprevistos de fato irão ou não acontecer.

### *Abstenção da resposta para quem faz verificações excessivas*

Se você faz verificações excessivas, procure guiar-se pelas seguintes regras:

- Verifique portas e janelas apenas uma vez ao sair ou ao deitar;

- Ao sair de casa, depois de fechar a porta, não passe a mão para ver se ela está no lugar e não force o trinco para ver se ela de fato ficou bem fechada;
- Não volte do elevador ou do meio do caminho se ocorrer a dúvida de ter ou não fechado bem a porta;
- Se você lembra que desligou o celular, não verifique novamente durante o cinema ou a palestra (ele não liga por si só);
- Se você lembra que pôs as chaves da casa ou os documentos na bolsa, não verifique;
- Evite conferir documentos (recibos, talões de cheque, envelopes com documentos) mais de uma vez;
- Verifique seu porta-documentos apenas antes de viagens, se for fazer algo no qual terá que apresentá-los e depois de tê-los apresentado em alguma repartição;
- Como você desligou o fogão depois de usá-lo (a prova está no fato de que ele apagou), não verifique se ele de fato está desligado e não fique olhando a todo momento se os botões estão na posição correta; isso também vale para a geladeira, as torneiras, o televisor, etc.;
- Não tire os cabos dos eletrodomésticos da tomada toda vez que você sai de casa; somente quando vai viajar por um período maior ou por ocasião de tempestades fortes;
- Não passe a mão por baixo das torneiras depois de fechá-las para ver se ainda há alguma gota de água;
- Depois de fechar o carro e perceber que os pinos baixaram, evite testar as portas para verificar se elas de fato estão bem fechadas; também não teste o alarme depois de acioná-lo;
- Evite checagens visuais (por exemplo, dar uma olhada adicional depois de fechar alguma porta) ou manuais (passar a mão ou os dedos em algo para verificar).

Existem algumas verificações mentais, como repassar listas, relembrar cenas e diálogos para ver se os lembra em sua totalidade, etc.; essas verificações serão discutidas um pouco mais em profundidade quando se tratar de uma crença típica do TOC: a necessidade de ter certeza. Por enquanto, fica a recomendação de identificar quando essas compulsões mentais iniciam devido a dúvidas e de interrompê-las (prevenção da resposta). Mais adiante, será descrito um exercício denominado de “Pare”, que pode ser útil para esse tipo de sintoma.

### *O exercício da memorização*

O paciente com TOC freqüentemente não presta atenção aos seus atos e, como não lembra se fez as coisas corretamente, passa a ter dúvidas que o levam a verificar. O exercício de focar a atenção no que está fazendo, melhorando portanto a concentração, auxilia a memorizar os atos realizados e prevenir verificações.

Este exercício foi ensinado por uma paciente, que descobriu que o esforço para memorizar a cena de fechar a porta e lembrá-la sempre que era tentada a fazer uma verificação a ajudava a abster-se de verificar se a porta havia ficado de fato bem fechada. Assim, procure fazer com atenção dobrada tudo aquilo que você tem a tendência de verificar depois. Isso pode ser feito da seguinte forma: procure concentrar-se ao realizar atos como verificar portas, janelas, carteira, chaves ou 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 imediatamente após o ato: “fechei a porta”. No momento em que for assaltado pela dúvida e vier o impulso de verificar, procure lembrar a cena de você fechando a porta, desligando o celular, dizendo a frase, etc., registrada na sua memória. Ao se lembrar diga para si mesmo: “Estou lembrando claramente que eu fechei bem a porta. Não tenho por que duvidar”. Diante dessa lembrança, evite fazer a verificação.

### *Compulsões por alinhamento, ordem, simetria ou seqüência*

Alguns pacientes têm a necessidade de que as coisas estejam exatas, alinhadas, ou, então, de realizar uma rotina numa determinada seqüência ritualística (sempre a mesma) que eles mesmos não sabem justificar. Alguns exemplos: colocar pratos e talheres na mesa numa certa ordem; colocar roupas, sabonetes, tapete do banheiro, etc. para o banho; passar pelo mesmo trajeto ao chegar em casa ou ao se dirigir ao trabalho; repassar todas as peças da casa na mesma seqüência ao chegar em casa; dentre outros. Um paciente perdia muito tempo alinhando os dois laços do cadarço dos tênis para que eles tivessem exatamente o mesmo tamanho; uma outra perdia tempo estendendo os lençóis para que não ficasse nenhuma dobra, procurando deixar os lados da colcha absolutamente simétricos; uma terceira utilizava uma fita métrica para garantir que as laçadas de um pacote de presentes fossem absolutamente iguais. Alinhar quadros na parede, papéis e objetos na escrivaninha, guardar as roupas em pilhas absolutamente simétricas, organizar as porções de comida no prato de tal forma que não se misturem são outros exemplos. Nesses pacientes, é comum a coexistência de tiques.

Alguns pacientes não conseguem interromper uma tarefa incompleta. São compelidos por aquilo que alguns chamam de necessidade de completude. Esses pacientes são obrigados a executar uma tarefa até o fim ou um número definido de

vezes: sentar e levantar três vezes, por exemplo. Se o ritual é interrompido durante a sua execução, eles sentem desconforto. A prevenção do ritual consiste exatamente em interrompê-lo antes que ele seja finalizado, ou, então, em não repetir as tarefas um número definido de vezes.

Regras:

- Procure quebrar qualquer seqüência da qual você se sente prisioneiro (andar sempre do mesmo lado da calçada, secar o corpo em determinada seqüência, etc.);
- Procure propositalmente não alinhar colchas, toalhas, cadarços de sapato, roupas, etc.;
- Mude com freqüência a ordem dos seus objetos em cima de sua mesa;
- Inove nas combinações de roupa;
- Evite 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 pintando as sobrelhas para que fiquem absolutamente simétricas, etc.;
- Não realize contagens durante a execução das tarefas.

### *Repetições e contagens*

Mesmo em indivíduos que não têm o 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, cantar uma música repetidamente, etc., com o objetivo de se acalmar. Entretanto, se não-portadores de TOC desejarem, eles conseguem interromper tais atividades. No TOC, o indivíduo sente uma grande aflição caso tenha que interromper suas repetições.

Inicialmente, identifique as situações em que você faz contagens, repete números ou frases (por exemplo, lê as placas dos carros ou conta as janelas dos edifícios sempre que sai à rua). Depois, na ocasião propícia, abstenha-se de fazer o ritual. Ou, então, se você estabeleceu um número de vezes que deve fazer um determinado ato (por exemplo, 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.), quebre esta regra estabelecendo um número diferente ou quebre a simetria dos lados e abstenha-se de contar. Se você sentir necessidade de repetir a leitura de parágrafos ou páginas de um livro, estabeleça que você vai ler cada trecho somente uma vez, mesmo que isso provoque aflição.

### *Armazenar e colecionar objetos inúteis e roupas velhas*

Freud já havia chamado a atenção para a tendência que alguns pacientes portadores do TOC apresentavam de guardar ou reter objetos, ser parcimoniosos e ter grande dificuldade para se desfazer de coisas inúteis. De fato, é comum a tendência a armazenar ou guardar objetos sem nenhuma utilidade, perdendo-se a noção do que é razoável. É comum, também, guardar ferramentas danificadas e sem possibilidade de conserto, aparelhos elétricos quebrados, jornais e revistas velhas, recortes de revistas, embalagens, notas fiscais de objetos que você nem possui mais, roupas e sapatos que você não irá mais utilizar porque deixaram de servir ou saíram de moda. Tais objetos ou papéis acabam ocupando espaços enormes, além de acumular poeira e ácaros. Nesses casos, o primeiro passo é estabelecer a diferença entre objetos e papéis inúteis, sucata sem qualquer possibilidade de uso, e objetos de valor afetivo. Desconfie de tudo o que você guarda anos a fio e nunca utiliza, ou dos objetos para os quais você não consegue demonstrar nenhuma utilidade.

Uma paciente tinha dezenas de caixas de sapato vazias, que ocupavam praticamente uma peça inteira de seu pequeno apartamento, as quais eram guardadas porque eventualmente poderiam ser úteis. Um outro paciente guardava jornais para ler mais tarde. A quantidade de jornais velhos era tão grande que nem dedicando várias horas do dia para a leitura, durante um ano todo, ele poderia dar vencimento da tarefa.

Faça uma lista de todos os objetos que você pode jogar fora, dos mais fáceis aos mais difíceis, incluindo aqueles que têm algum valor afetivo e aqueles que não o têm. Discuta a lista com seu terapeuta e escolha um dia da semana para fazer o descarte. Chame um transporte na ocasião marcada, se for necessário. Ao colocar os objetos fora, não fique olhando para eles e verificando se você pode aproveitar alguma parte, ou então acariciando os objetos, e muito menos retirando do lixo aquilo que você já havia decidido pôr fora. A ansiedade é muito maior antes de colocar as coisas fora do que depois de colocá-las. Se você concordar, o próprio terapeuta ou um familiar poderá ajudá-lo nessa tarefa. Não retire do lixo os itens que você descartou. Periodicamente, doe roupas e sapatos que você definitivamente não irá mais utilizar para instituições de caridade.

### *Pensamentos supersticiosos e rituais mágicos*

A maioria das pessoas tem algum tipo de superstição, algumas acompanhadas de rituais (bater três vezes na madeira, prender uma ferradura atrás da porta, etc.). Elas acreditam que comer lentilhas ou porco, dar sete passos na água do mar ou usar roupa branca por ocasião da passagem de ano podem dar sorte. Sexta-feira 13 é um dia de azar, um gato preto é sinal de azar, e não se deve levantar com o pé esquerdo; amuletos,

reliquias e figas podem proteger ou dar sorte; jamais se deve passar em cima de um despacho ou deixar um chinelo ou sapato virado. Embora acreditem em parte nessas superstições, as pessoas em geral não se deixam levar pelos medos associados a elas. No TOC, entretanto, os pacientes restringem seu funcionamento em função das crenças. Um paciente não lia necrológicos, não entrava em funerárias, não comparecia a velórios nem visitava cemitérios, pois acreditava que poderia ser o próximo a falecer ou que alguém da sua família poderia vir a falecer se ele praticasse algum desses atos. Um outro não iniciava nenhuma atividade nova em datas que contivessem o número 3 – era o dia que falecera seu filho. Uma outra paciente interrompia suas atividades enquanto o ponteiro dos minutos estava passando por cima do número 6, e uma terceira não saía de casa nos dias 3, 13, 23, 30 e 31 e também não visitava ninguém cujo número do apartamento ou da casa contivesse um desses números. É comum, ainda, a realização de um ritual antes de iniciar uma atividade, seja para dar sorte ou para evitar que algo de errado aconteça: dar uma batida na mesa antes de iniciar uma tarefa, apagar e acender as luzes um determinado número de vezes, recitar uma frase ou reza. Uma paciente não conseguia sair de casa sem tocar numa lajota do pátio: ela acreditava que, se não o fizesse, a mãe poderia adoecer.

A exposição e prevenção da resposta para tais crenças e rituais é o enfrentamento dos medos, fazendo exatamente o contrário do que se acredita, desafiando crenças negativas, expondo-se ao que é temido, como, por exemplo: visitando cemitérios, lendo necrológicos, indo a velórios, entrando numa funerária; usando roupas pretas, marrons ou vermelhas (pessoas que acreditam que elas possam dar azar), fazendo visitas em sextas-feiras 13, realizando um trajeto que pode dar azar, pisando nas riscas divisórias das lajotas da rua, não tocando na mesa ou na lajota antes de sair de casa, etc. Quando os medos forem muito intensos e o paciente não se sentir com coragem suficiente para enfrentá-los, ele pode fazer esses exercícios acompanhado de um familiar ou até mesmo do terapeuta.

### *Lentidão obsessiva e postergações*

É comum o portador do TOC demorar para tomar banho, vestir-se, comer ou eventualmente até para se levantar e se sentar, exasperando familiares ou o chefe no trabalho, que, eventualmente, podem perder a paciência. Essa lentidão pode ser decorrente da necessidade de conferir e repetir uma determinada tarefa para que ela seja perfeita e sem falhas, de executá-la numa certa ordem ou seqüência, de ela ser acompanhada de contagens, devendo ser realizada um número determinado de vezes para dar sorte, etc. Pode, ainda, ser acompanhada de dúvidas intermináveis, que

dificultam e levam à postergação de decisões, ou, então, não ter nenhum motivo associado, consistindo simplesmente em uma lentidão extrema na execução das tarefas.

Esses problemas são mais difíceis de resolver e, em geral, necessitam da ajuda de um terapeuta. As técnicas de exposição e prevenção da 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; esta técnica se chama de moldagem do comportamento;

2) Estabelecer uma data ou horário definitivo para a entrega ou término de um trabalho e cumpri-lo em quaisquer condições, mesmo com o temor de que ele contenha erros;

3) Realizar apenas uma (ou, excepcionalmente, mais de uma) conferência (documentos, redação de um ofício, 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).

Eventualmente, crenças relacionadas com o perfeccionismo, a necessidade de ter certeza e as dúvidas podem estar por trás das postergações e demoras. Mais adiante, estratégias para corrigir esse tipo de problema serão propostas.

### *Exposição para obsessões ou pensamentos ruins ou impróprios*

O tratamento das obsessões – e, em particular, das obsessões com conteúdos agressivos, sexuais ou obscenos – tem sido modificado. Até bem pouco atrás, recomendava-se ao paciente a realização de estratégias como o “Pare” para afastar obsessões e pensamentos ruins. Entretanto, essas estratégias se mostraram contraproduativas, pois aumentavam ainda mais a frequência e intensidade dos sintomas. Por este motivo, atualmente, recomenda-se não lutar contra os pensamentos e não procurar afastá-los da mente. Isso porque, se o paciente não der importância a eles, eles irão desaparecer espontaneamente e de forma mais rápida. Além disso, algumas estratégias de exposição têm sido sugeridas, inclusive para pacientes que apresentam predominantemente obsessões puras, ou seja, não-acompanhadas de rituais:

Exposição em imaginação: lembrar intencionalmente pensamentos, cenas ou imagens consideradas horríveis várias vezes ao longo do dia e durante o tempo necessário para que a aflição desapareça (por exemplo, durante 15 minutos, três a quatro vezes ao dia).

Repetir mentalmente várias vezes ou escrever palavras ou frases evitadas ou que provocam medo (encher uma folha de papel). Como exemplo, uma paciente não podia lembrar (e menos ainda pronunciar) a palavra “demônio”, pois acreditava que esta lembrança era sacrílega e significava que ela gostava do demônio e, portanto, seria condenada ao fogo do inferno. Ela se livrou dessa obsessão quando pôs em prática a orientação de não afastar a palavra quando ela viesse à sua mente e não ficar vigiando. Num segundo momento, foi solicitado que ela escrevesse numa folha de papel, várias vezes, a palavra “demônio”, e depois lesse o que havia escrito perante um grupo de pacientes.

Fazer um pequeno texto (mais ou menos uma página) descrevendo uma cena horrível com todos os seus detalhes e ler o texto repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia). No capítulo 8 - *Técnicas cognitivas para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio* mais adiante, que aborda crenças sobre o poder do pensamento e a importância de controlá-lo, há um exemplo de uma dessas histórias.

Gravar o texto horrível numa fita cassete e ouvi-lo repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia). As leituras ou gravações devem ser repetidas até não provocarem nenhuma aflição.

Exposição virtual: assistir a filmes que contenham cenas horríveis. Os filmes devem ser assistidos várias vezes até não provocarem nenhuma aflição e se tornarem chatos. Este tópico será abordado novamente e de forma mais detalhada no capítulo 8.

### *Prevenção da resposta para compulsões mentais e o exercício do “Pare”*

É mais difícil realizar prevenção da resposta de compulsões mentais pelo simples fato de que é mais difícil perceber esse tipo de compulsão quando comparado a comportamentos motores mais complexos. Como já vimos, as compulsões mentais mais comuns são repetir frases ou palavras, rezar e contar, substituir pensamentos ruins por pensamentos bons, anular um pensamento ruim com algum ritual motor (repetir uma palavra, por exemplo), etc. Um exercício que pode interromper tais compulsões é o “Pare”, que favorece a exposição (a obsessões, obsessões de dúvida e incertezas) e a prevenção de rituais (interrompendo-os). O exercício também pode ser utilizado para interromper compulsões comuns, particularmente aquelas que já se tornaram hábitos ou que não são precedidas de nenhuma cognição (pensamento, idéia, lembrança, imagem), aflição ou desconforto (lavagens excessivas ou evitações que se tornaram hábitos). Finalmente, o “Pare” pode ser útil para interromper certos rituais motores que lembram tiques e que são precedidos de desconforto ou sensação física desagradável – 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 os cabelos – e para interromper a chamada ruminação obsessiva, que também será tratada mais adiante.

### *Passos do “Pare”*

1) Anote as situações, horários, locais nos quais você executa rituais mentais ou quaisquer outros rituais e prepare-se com antecedência para utilizar o exercício do “Pare”.

2) Identifique tudo o que você repete mentalmente para afastar pensamentos impróprios (compulsões mentais): palavras, frases, rezas, música, etc.

3) Ao perceber que está iniciando tais manobras, repita em voz alta: “Pare!” ou “Pare com isso!”, procurando interromper a compulsão.

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) ou envolver-se numa tarefa prática, lembrando que a aflição desaparecerá naturalmente.

O “Pare” é útil para interromper ruminações obsessivas. Essa utilização do exercício será explicada no capítulo 9.

**Observação importante:** O “Pare” não deve ser usado para afastar pensamentos ruins ou impróprios.

### **Exercícios práticos**

Com base nos vários exemplos e “regras” expostos neste capítulo, você pode estabelecer as tarefas de prevenção de resposta convenientes para os seus sintomas. Pode, ainda, como já foi comentado, graduar a intensidade da ansiedade que você irá sentir, diminuindo o tempo do exercício (5, 10, 20, 60 minutos) ou abstendo-se inicialmente de apenas uma parte do ritual: não verificar, mas apenas olhar, e, num segundo momento, deixar inclusive de olhar, eliminando rituais mais discretos.

### **Escolha das tarefas da semana**

Para planejar as tarefas da próxima semana, leve em conta os exercícios da semana passada. Exclua aqueles que conseguiu vencer totalmente e que já não provocam qualquer aflição. É um pouco difícil, mas não impossível, que isso tenha

ocorrido depois de apenas uma semana de exercícios. O mais provável é que eles ainda provoquem desconforto. Nesse caso, mantenha-os na lista. Uma diferença notável geralmente é percebida depois de algumas semanas de tratamento. Procure ser realista e selecione apenas objetivos que você acredita ter uma boa chance de alcançar. Lembre a regra dos 80%.

Reveja novamente a sua lista de sintomas, guiando-se pelo grau de desconforto atribuído a cada um deles para fazer a escolha das próximas tarefas de casa. Anote, no espaço abaixo, os exercícios de exposição que você escolher para a próxima semana. Revise diariamente esses registros para lembrar as metas da semana.

Tarefas da semana:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

## **AS PROVÁVEIS CAUSAS E O TRATAMENTO DO TOC**

### **Objetivos:**

- Conhecer as causas do TOC
- Conhecer os tratamentos existentes
- Conhecer o modelo comportamental do TOC
- Motivar a busca pelo tratamento

### **Introdução**

Antes de prosseguirmos, é interessante você saber um pouco sobre as prováveis causas do TOC e seu tratamento. Um destaque maior será dado às explicações psicológicas, mais especificamente à teoria da aprendizagem, que fundamenta a terapia cognitivo-comportamental, objeto do presente Manual. Vamos falar, ainda, de certas crenças erradas muito comuns no TOC (tópico que será abordado mais profundamente a partir do capítulo 6) e que, juntamente com a aprendizagem, desempenham um importante papel no aparecimento e principalmente na manutenção dos sintomas. Este capítulo será concluído com um breve resumo dos tratamentos atualmente disponíveis para portadores do TOC.

### **As causas do TOC**

Até o presente momento, não foram ainda esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Existem evidências de que diversos fatores de ordem biológica (envolvendo especialmente o funcionamento cerebral) e fatores de ordem psicológica contribuam para o aparecimento e a manutenção dos sintomas. Vamos examinar, em primeiro lugar, as evidências a favor do envolvimento de fatores biológicos e, mais especificamente, de fatores cerebrais no TOC.

## **Os fatores biológicos**

### *O efeito de medicamentos*

Um dos fatos interessantes que abriu novas perspectivas para o tratamento do TOC foi a descoberta de que certos medicamentos reduzem os sintomas obsessivo-compulsivos. O efeito é produzido por medicamentos que elevam os níveis de uma substância produzida pelo próprio cérebro, a serotonina, que tem um importante papel na transmissão de impulsos nervosos, sendo, por este motivo, considerada um neurotransmissor. Esses medicamentos bloqueiam o transporte (recaptação) da serotonina para dentro das células nervosas, onde ela é normalmente destruída. Assim, sua disponibilidade no espaço existente entre um neurônio e outro (a chamada sinapse nervosa), aumenta, e este aumento favorece a transmissão dos impulsos nervosos de uma célula para outra. Os medicamentos que possuem esta característica são do grupo dos antidepressivos e são chamados inibidores da recaptação da serotonina. Entre eles estão a clomipramina (Anafranil) e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, sendo o mais conhecido a fluoxetina (Prozac, Psiquial, Verotina, etc.).

A constatação do efeito antiobsessivo deste grupo de medicamentos fez com que se levantasse a suspeita de associação entre o TOC e algum tipo de alteração funcional nas vias que utilizam a serotonina na transmissão de impulsos nervosos, e que este neurotransmissor poderia desempenhar um papel importante no surgimento dos sintomas. É importante lembrar que existem outros neurotransmissores no cérebro, como a dopamina e a norepinefrina, e que os medicamentos que elevam seus níveis aparentemente não reduzem os sintomas do TOC.

### *A hiperatividade em certas regiões do cérebro*

Recentemente foram construídos aparelhos que possibilitam, mediante o uso de um computador, visualizar o cérebro em funcionamento, identificar as zonas que são mais ou menos ativas, tanto em repouso como em atividade (ou quando se provocam os sintomas do TOC nos seus portadores). Esses exames são chamados de tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e tomografia por emissão de pósitrons (PET), e permitiram a constatação de um aumento da atividade cerebral em duas regiões do cérebro de portadores do TOC quando comparadas com as mesmas regiões de não-portadores: no córtex frontal, que é a parte mais frontal do cérebro, especialmente as regiões próximas às órbitas oculares; e nas regiões mais profundas, próximas à base do cérebro, os

chamados gânglios ou núcleos da base (estriado e tálamo). Essas alterações são particularmente visíveis em pacientes nos quais os sintomas obsessivos são provocados, mas nem todos os portadores as apresentam. O teste de provocação de sintomas pode ser feito, por exemplo, solicitando-se a pacientes que sentem nojo de substâncias gelatinosas que coloquem as mãos dentro de luvas que contenham tais substâncias. A realização desses testes revelou um fato muito interessante: o aumento da atividade cerebral diminui tanto com a terapia comportamental como com o uso de medicamentos.

**[Clique aqui para ver a imagem de uma tomografia do cérebro.](#)**

**Figura 1. À esquerda um cérebro normal e à direita um cérebro manifestando TOC**

*Sintomas obsessivo-compulsivos em doenças neurológicas e provocados por medicamentos*

É bastante comum que os sintomas obsessivo-compulsivos surjam no curso de doenças ou problemas cerebrais, como encefalites, traumatismos cranianos ou depois de acidentes vasculares. Eles ocorrem particularmente na chamada Coréia de Sydenham, uma complicação comum da febre reumática caracterizada por movimentos anormais e tiques. A Coréia de Sydenham, por sua vez, está relacionada com alterações nos chamados gânglios da base, estruturas cerebrais envolvidas na coordenação dos movimentos (é bom lembrar que, no TOC, são comuns repetições e a presença de tiques associados). Por fim, obsessões e compulsões também podem surgir durante o uso de certos medicamentos, como a risperidona e a clozapina.

### *Genética*

Uma maior incidência do TOC (quatro a cinco vezes mais) foi observada em familiares de portadores em comparação com a população em geral, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques. Por isso, o TOC costuma ser uma doença familiar, com 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. Esses dados reforçam a hipótese de o TOC apresentar um fator genético.

## *A heterogeneidade do TOC*

A dificuldade em estabelecer uma causa ou mesmo um conjunto de fatores que determinem o aparecimento do TOC fez com que investigadores se preocupassem com outro aspecto: a enorme diversidade de formas que o TOC apresenta. Os sintomas do TOC apresentam diferentes gravidades: existem sintomas leves e outros extremamente graves e incapacitantes. Além disso, há diferenças quanto ao seu curso em longo prazo, e diversos fatores concorrem para a sua etiologia. Foi constatado, ainda, que nem todos os pacientes respondem aos tratamentos (seja medicamentos seja psicoterapia), ao ponto de alguns investigadores questionarem se as diferentes apresentações constituem um único transtorno ou grupos distintos de transtornos.

Essa diversidade de apresentações e causas possíveis levou os autores a tentarem identificar subgrupos do TOC que fossem mais homogêneos entre si em termos de sintomas, prováveis causas, prognóstico de longo prazo e resposta aos tratamentos, o que possibilitaria uma indicação mais precisa e efetiva. Três possíveis subgrupos vêm sendo propostos: 1) o TOC de início precoce *versus* o TOC tardio; 2) o TOC associado a tiques ou transtorno de Tourette (uma doença caracterizada por tiques motores e vocais); e 3) o TOC relacionado com o estreptococo beta-hemolítico do grupo A, um tipo de bactéria que produz infecções de garganta e febre reumática.

### *TOC de início precoce versus tardio*

Aparentemente, existem algumas diferenças interessantes entre o TOC que se inicia precocemente (ainda na infância) e o TOC de início tardio (após os 18 anos). O início precoce, entre os 5 e os 15 anos de idade, é mais comum entre os homens, enquanto que o início tardio, entre os 25 e os 35 anos, é mais comum em mulheres. A idade média de início também parece ser menor em homens do que em mulheres: 21 e 24 anos, respectivamente. Numa pesquisa com crianças e adolescentes, foi observado que a idade média de início foi 9,6 anos para os meninos e 11,0 anos para as meninas. Foi verificado, ainda, que o TOC de início precoce está fortemente associado à ocorrência do transtorno em familiares, que seus sintomas são mais graves e que a resposta aos medicamentos parece ser menor.

### *TOC associado a tiques ou transtorno de Tourette*

Tiques são movimentos motores ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, estereotipadas e arrítmicas realizadas em resposta a sensações subjetivas de desconforto. O transtorno de Tourette é um transtorno neurológico caracterizado por tiques motores e vocais ao mesmo tempo. É bastante comum a presença de sintomas obsessivo-compulsivos em portadores de tiques ou transtorno de Tourette. Da mesma forma, é comum a presença de tiques em portadores de TOC, levantando-se a suspeita de que esses três transtornos possam ter algo em comum, como alterações fisiológicas e, quem sabe, até morfológicas nas mesmas áreas do cérebro. Em geral, o TOC associado a tiques ou transtorno de Tourette tem início antes da adolescência e é mais comum em meninos. Predominam obsessões de conteúdo agressivo e sexual, obsessões e compulsões de simetria e exatidão, além de compulsões semelhantes a tiques, como bater, tocar, raspar e piscar, o que não ocorre no TOC não-associado. A resposta aos tratamentos convencionais, como medicamentos e terapia comportamental, parece ser menor no TOC associado, sendo necessário acrescentar medicamentos do grupo dos neurolépticos: haloperidol, pimozida, risperidona.

### *TOC relacionado ao estreptococo beta-hemolítico do grupo A*

Um dos fatos mais interessantes relativos ao TOC relatados ultimamente é o aparecimento de sintomas obsessivo-compulsivos no decorrer ou imediatamente após infecções de garganta (amidalites) provocadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Após as infecções, é muito comum que ocorra a febre reumática, uma inflamação das grandes articulações, especialmente dos joelhos, que, se não for tratada, pode provocar problemas cardíacos no futuro. Alguns dos pacientes que apresentam febre reumática desenvolvem a Coréia de Sydenham como complicação neurológica. Verificou-se que um grande número desses casos apresenta sintomas de TOC ou um agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos preexistentes. Uma vez tratada a febre reumática, os sintomas obsessivo-compulsivos desaparecem.

Os itens desenvolvidos até aqui dão evidências de um comprometimento cerebral, seja funcional, neuroquímico, genético, ou até anatômico, no TOC. Entretanto, fatores de ordem psicológica também parecem desempenhar um importante papel. Esses fatores serão explorados a seguir.

## **Fatores psicológicos**

Além dos fatores biológicos, fatores de ordem psicológica, como aprendizagens errôneas e crenças distorcidas, adquiridas em razão da educação, da cultura, do meio ambiente, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas e, principalmente, para sua manutenção. As aprendizagens e crenças erradas, muito comuns no TOC, serão especialmente exploradas aqui, pois é sobre essas causas que a terapia cognitivo-comportamental atua, e seu objetivo é justamente modificá-las. A hipótese de que as aprendizagens erradas desempenham um papel importante no TOC constitui a base do chamado modelo cognitivo-comportamental que vamos explicar a seguir. O fato de a terapia cognitivo-comportamental reduzir seus efeitos é uma forte evidência a favor desta hipótese ou modelo.

## **O modelo cognitivo-comportamental**

### *Aprendizagens erradas*

Tem sido amplamente comprovada e, atualmente, é em geral aceita a idéia de que os rituais ou compulsões, na maioria das vezes, têm uma relação estreita com as obsessões: os rituais existem por causa do medo e da aflição que acompanham as obsessões, ou seja, existem por causa das obsessões. Sendo assim, esta é uma das hipóteses centrais do chamado modelo comportamental: os indivíduos executam rituais porque descobriram por acaso (aprenderam) que eles reduzem (neutralizam) a aflição e o desconforto que acompanham as obsessões. As evitações, tão comuns no TOC, teriam esta mesma função: impedir que a pessoa sinta medos ou aflições, sem, entretanto, extingui-los para sempre.

### *Crenças distorcidas*

Também foi comprovado que os portadores do TOC com muita frequência apresentam certas crenças erradas e, por isso, tendem a distorcer a forma como percebem, avaliam e interpretam a realidade: exageram o risco de contrair doenças ou de se contaminar (“Se eu tocar no dinheiro e não lavar as mãos depois, posso contrair doenças”), exageram a responsabilidade que acreditam possuir tanto no sentido de provocar como de impedir desastres (“Meu carro foi roubado e a responsabilidade foi toda

minha, porque eu não verifiquei se a porta estava bem fechada”), valorizam de forma excessiva os pensamentos e o seu controle (“Se eu tenho um pensamento ruim, é porque posso praticá-lo” ou “Pensar em algo ruim pode fazer com que o pensamento se torne realidade”), valorizam a necessidade de ter certeza para não cometer falhas (“Se eu falhar, não irão me perdoar”). Além disso, são perfeccionistas (“Não posso falhar” ou “Uma falha é imperdoável”). Como se vê, essas crenças, que usualmente não são questionadas, traduzem-se num conjunto de regras que norteiam a vida do indivíduo, levando-o a executar rituais ou a evitar situações ou objetos considerados perigosos.

Atualmente, existem recursos ou técnicas cognitivas que permitem corrigir essas formas erradas de pensar (essas técnicas serão descritas ao longo do Manual e aprendidas com os exercícios). Já foi comprovado que a terapia cognitiva reduz a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, o que não deixa de ser uma comprovação do papel importante dessas crenças no TOC.

## **As origens do TOC de acordo com a teoria comportamental ou da aprendizagem**

As terapias tradicionais, como as de orientação analítica, supunham que os sintomas obsessivo-compulsivos fossem manifestações de conflitos inconscientes ocorridos nos primeiros anos do desenvolvimento psicológico e não adequadamente resolvidos. Entretanto, este ponto de vista não foi confirmado, e, na prática, tais terapias não se revelaram eficazes. Já a terapia comportamental parte do princípio de que os sintomas do TOC foram aprendidos e, conseqüentemente, podem ser desaprendidos. O fundamento desta afirmativa está na chamada teoria da aprendizagem e seus princípios. Vejamos um breve resumo desta teoria, pois alguns dos seus princípios servirão de base aos exercícios propostos mais adiante.

### *A teoria da aprendizagem*

A teoria da aprendizagem procura explicar porque os indivíduos mudam o comportamento na sua interação com o ambiente. Os autores ligados a esta teoria afirmam que existem diferentes formas de aprendizagem e dedicaram um grande esforço para estabelecer as suas leis. Vejamos quais são estas formas.

## *O condicionamento clássico ou pavloviano*

Funções fisiológicas (hábitos intestinais, sono, batimentos cardíacos, alimentação, salivação) e mesmo reações mais complexas, como medo ou fobia por drogas podem ser modificadas ao longo do tempo, o que é considerado uma mudança de comportamento. Ivan Pavlov, um neurofisiologista russo, prêmio Nobel, fez uma interessante experiência em seu laboratório no início do século passado. Inicialmente, ele teve sua atenção despertada por um fenômeno interessante: os cães que eram usados para experiências salivavam quando ouviam os passos do pesquisador no corredor. Ele inferiu que a salivação deveria ocorrer porque os passos, na mente dos cães, deveriam ter ficado associados com o recebimento de comida. A partir desta observação, ele fez o seguinte experimento: tocava uma sineta enquanto alimentava os cães. Mais tarde, após algumas repetições, os cães passavam a salivar apenas ouvindo o som da sineta. Ele também verificou que, se a campainha fosse tocada sem a apresentação da comida, com o tempo isso não provocava mais salivação: o efeito se extinguia. Pavlov chamou esta modalidade de aprendizagem de **reflexo condicionado**, sendo também conhecido como **condicionamento clássico ou pavloviano**. A importância desta modalidade de aprendizagem se deve ao fato de ela poder explicar muitos fenômenos observados na prática clínica, particularmente o surgimento de emoções patológicas como o medo, a angústia, a evitação, a fobia por drogas, dentre outras.

Os exemplos mais simples de condicionamento clássico podem ser vistos nas fobias: um grande susto associado a um objeto inofensivo, como uma barata ou um rato, pode, depois, provocar sempre uma grande reação de medo, mesmo diante de um rato ou barata de brinquedo. Ficar trancado num elevador pode determinar um medo de andar em qualquer elevador.

É interessante relatar uma experiência muito conhecida entre os que estudam a aprendizagem e que nos auxilia a compreender alguns aspectos da origem dos medos, mesmo que, na atualidade, este tipo de experimento não seja mais permitido. Um cientista chamado Watson tentou produzir medos artificialmente. Ele se aproximou de um menino, conhecido como o pequeno Albert, que brincava com um *hamster* branco e, sem que ele percebesse, bateu címbalos (aqueles pratos enormes de orquestra) violentamente, provocando um grande susto no menino. Depois dessa experiência, o pequeno Albert passou a ter medo não só de *hamsters*, mas também de coelhos, algodão e aventais brancos. Este efeito é chamado de generalização: o medo é estendido a objetos ou lugares relacionados com o surgimento do medo. O fenômeno da

generalização também é percebido no TOC, embora o surgimento dos sintomas por um acontecimento traumático, como foi o caso do menino, não seja usual.

### *O TOC pode ser desencadeado por algum acontecimento?*

No TOC, nem sempre se consegue identificar um fato de grande impacto associado ao início dos sintomas. É até mais comum o início dos sintomas de forma insidiosa, aos poucos, sem que algum acontecimento estressante os tenha desencadeado. No entanto, eventualmente, é possível que um evento desta natureza os provoque. Dois exemplos a seguir ilustram esta situação.

Uma paciente passou a lavar as mãos várias vezes ao dia (utilizando álcool além da água), a tomar vários banhos repetidos, a trocar de roupas várias vezes, exigindo que os filhos fizessem o mesmo. Além disso, ela deixou de passar em frente a hospitais e, de forma alguma, admitia entrar neles. Este quadro se iniciou depois que ela havia acudido o pai durante um enfarto agudo seguido de edema agudo do pulmão, do qual veio a falecer. Na ocasião, ela tocou nas secreções que o pai eliminava pela boca.

Uma outra paciente, depois de uma anestesia geral, apresentou dificuldades para urinar. Começou a ficar muito ansiosa e praticamente em pânico depois que não teve sucesso em duas ou três tentativas. Mesmo tendo conseguido urinar algum tempo depois, ela ficou com muito medo de não conseguir fazê-lo no futuro, imaginando que teria que ser sondada e que, caso isso viesse a ocorrer, ela nunca mais conseguiria urinar normalmente. Desde esse acontecimento, ela passou a ir ao banheiro a todo momento, sempre que sentia a presença de urina na bexiga, especialmente antes de deitar ou antes de uma atividade social ou viagem. Passou a evitar a ingestão de água ou refrigerantes “para não encher a bexiga”, entrando em grande angústia quando se encontrava em situações onde não havia um banheiro próximo. Antes de sair de casa, “mapeava” a localização dos banheiros ao longo do seu provável trajeto, a fim de se sentir mais segura. Além desse sintoma novo, sintomas antigos do TOC se agravaram: lavagem das mãos, verificações e comportamentos evitativos.

### *O condicionamento operante*

Uma segunda maneira de modificar o comportamento é através do chamado **condicionamento operante**, um tipo de aprendizagem descrita por autores como Thorndike e, especialmente, B. F. Skinner. De acordo com esses autores,

comportamentos mais complexos podem ser modificados em razão do efeito que provocam sobre o ambiente: efeitos agradáveis, como elogios ou prêmios, aumentam a frequência dos comportamentos que os provocam, e efeitos desagradáveis, como punições ou privações, diminuem a frequência. Todo efeito que aumenta a frequência de um determinado comportamento é chamado de **reforço**. A simples remoção de um desconforto, como o alívio de uma dor, aflição ou angústia, também pode aumentar um determinado comportamento, constituindo, portanto, um reforço. No TOC, supõe-se que o alívio provocado por um ritual (remoção de um desconforto) seja o principal motivo para que o indivíduo adote o ritual permanentemente.

### *Aprendizagem social ou aprendizagem por observação*

Uma terceira forma de aprendizagem é aquela que ocorre através da observação de outras pessoas. Esta modalidade foi observada também em animais: pombas aprendem a abrir uma torneira que fornece alpiste pela simples observação de outras pombas realizando tal procedimento. Filhotes de macacos perdem (ou adquirem) medos de cobras observando suas mães. Quando observamos outras pessoas semelhantes a nós – e, especialmente, pessoas que admiramos – fazendo coisas que nós 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 **aprendizagem social ou por observação**. Assim, é possível que a observação dos pais ou de outras pessoas fazendo rituais ou tendo medos excessivos possa favorecer a aprendizagem desses sintomas.

### *Habituação*

Finalmente, vamos falar de uma última forma de aprendizagem, de grande importância na terapia do TOC: a chamada **habituação**. Diante de situações de ameaça, a natureza dotou os animais de reações de defesa como forma de preservação da própria vida. Essas reações são automáticas: aumentar os batimentos cardíacos, diminuir o tempo de coagulação do sangue, concentrá-lo nos músculos e no cérebro, enrijecer os músculos, dilatar as pupilas. Todos os animais apresentam essas reações de defesa, e elas foram estudadas particularmente por um autor chamado Eric Kandel num molusco marítimo denominado *Aflisia californica*, que retrai a cauda, o sifão e as guelras sempre

que alguma dessas partes é tocada (reação diante de situações de perigo em potencial). O que se observou é que, com os toques repetidos, a reação de defesa diminui progressivamente até desaparecer: o *Aflisia* muda o comportamento diante de situações de medo, ou parece que perde o medo.

Fenômeno semelhante foi observado em outros animais: baratas, gatos, macacos, pássaros, e é comum também em humanos. Com frequência, esquecemos ou deixamos de perceber estímulos incômodos: o barulho do ar condicionado, do ventilador ou da geladeira, o som do vizinho, o barulho dos carros na rua, um cheiro ruim. Não compreendemos, por exemplo, como é que algumas pessoas podem morar ao lado da pista de um aeroporto sem se incomodar com o ruído das turbinas dos jatos, ou trabalhar numa indústria que exale um forte cheiro de amônia. Em todos esses exemplos, estamos diante do conhecido fenômeno da habituação. A habituação é, portanto, a diminuição da resposta a um estímulo benigno repetido. Curiosamente, ela ocorre também para as reações de medo, desde que se permaneça em contato com o estímulo que o provoca por tempo suficiente – é um mecanismo natural de perda de medos.

Em resumo, a habituação consiste no desaparecimento espontâneo das reações de medo ou desconforto que ocorrem sempre que o indivíduo entra em contato direto com os objetos ou situações que provocam tais reações, desde que ele permaneça em contato com as situações pelo tempo necessário e que de fato elas não sejam perigosas. A cada novo contato (exposição), a intensidade das reações é menor, podendo chegar, com as repetições, ao completo desaparecimento. Este fenômeno é a base das técnicas comportamentais desenvolvidas inicialmente para o tratamento de fobias, quadros nos quais o medo de lugares, objetos, animais e a sua evitação são as características predominantes. Posteriormente, as técnicas foram adaptadas para o tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos, como veremos mais adiante no capítulo 4.

### **Como as obsessões e compulsões são adquiridas: uma explicação psicológica**

Com base nas formas de aprendizagem descritas, foi proposta uma explicação (ou um modelo explicativo) para o surgimento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos – o modelo comportamental do TOC. Ele pode ser assim resumido:

1) Por alguma razão que se desconhece, em pessoas predispostas ou muito sensíveis, objetos ou situações, como banheiros, corrimãos, facas, números, cores ou até

mesmo pensamentos, em alguma situação específica, provavelmente de natureza estressante ou traumática, tornam-se associados a medos ou sensações de desconforto (**condicionamento clássico**).

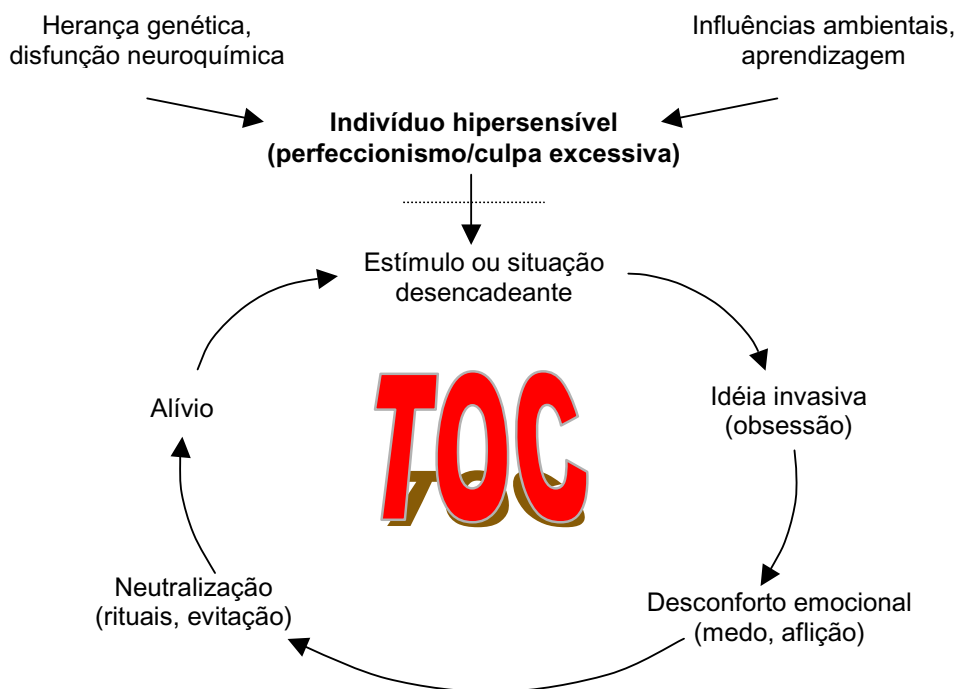
2) Num segundo momento, os medos ou desconforto e, conseqüentemente, o comportamento de evitação, são estendidos a outras situações ou objetos próximos ou semelhantes ao objeto ou situação ao qual foram originalmente associados. Este mecanismo é chamado de **generalização**.

3) **Neutralização**: O indivíduo descobre, por ensaio e erro (aprende), que executar rituais ou evitar o contato reduz ou elimina (neutraliza) os medos, mesmo que apenas temporariamente.

4) **Reforço e manutenção dos rituais**: O alívio obtido reforça o comportamento de executar rituais, dando a impressão de que este é o caminho certo e perpetuando o TOC (**condicionamento operante**).

5) **Reforço das crenças erradas**: O alívio obtido com a realização dos rituais reforça a idéia (crença errada) de que os medos podem ser verdadeiros e de que se deve, portanto, continuar repetindo as manobras (rituais) que provocam alívio. Veja a Figura 2.

Deste modelo, o que em geral se aceita é a explicação de que o alívio obtido com os rituais acaba perpetuando o transtorno. A crítica que se faz é no sentido de que ele é falho em explicar o surgimento dos sintomas, pois, em geral, não se encontra um evento estressante associado ao seu início.



**Figura 2.** Como o TOC é mantido de acordo com a teoria comportamental (AC, 2002).

## Tratamentos para o TOC

Até bem pouco tempo atrás, o TOC era considerado um transtorno de difícil tratamento, pois os recursos de que se dispunha eram muito pouco efetivos. Felizmente, a situação mudou, e, na atualidade, mais de 70% dos pacientes tratados consegue reduzir ou até eliminar os sintomas por completo.

Os tratamentos mais modernos para o TOC são feitos com medicamentos do grupo dos antidepressivos (que atuam através da serotonina), com a terapia comportamental ou a terapia cognitiva, ou, ainda, com a junção das duas últimas, a chamada terapia cognitivo-comportamental.

### *Medicamentos*

Como já vimos, os medicamentos usados no tratamento o TOC são os antidepressivos que elevavam os níveis da serotonina no cérebro. Fazem parte deste

grupo: clomipramina (Anafranil), paroxetina (Aropax, Pondera), fluvoxamina (Luvox), fluoxetina (Prozac, Psiquial, Verotina, Deprax, etc.), sertralina (Zoloft, Tolrest) e citalopram (Cipramil).

Em geral, as doses utilizadas no tratamento dos sintomas do TOC são mais elevadas do que as utilizadas na depressão, e os efeitos podem demorar até três meses para se manifestar (na depressão, em geral, o resultado é obtido mais rapidamente).

O desaparecimento dos sintomas é gradual (e não rápido, como ocorre em outras doenças, como a depressão ou o pânico), podendo ser progressivo 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. Embora entre 40 e 60% dos pacientes obtenham uma redução significativa, dificilmente os sintomas desaparecem por completo, e, infelizmente, um grande número de pacientes, embora tendo utilizado as doses preconizadas ou mesmo as doses máximas por tempo prolongado, continua com sintomas em níveis considerados graves.

Um outro problema são as recaídas, muito freqüentes quando se interrompe o tratamento. Uma pesquisa mostrou que, em até 90% dos pacientes, o retorno dos sintomas ocorre quatro meses após a suspensão do medicamento.

É importante lembrar, entretanto, que muitos pacientes não se adaptam à terapia comportamental, pois apresentam sintomas muito graves, com outras doenças associadas, como depressão ou transtornos de ansiedade (pânico), ou, ainda, convicções muito rígidas sobre seus medos. Para eles, os medicamentos são a primeira escolha, e o uso da terapia cognitivo-comportamental é deixado para um segundo momento.

O tratamento com medicamentos será tratado com mais detalhes no último capítulo deste Manual.

### *A terapia comportamental*

A terapia comportamental foi introduzida no tratamento do TOC no final da década de 60 e início dos anos 70. Baseia-se na constatação de que, se os pacientes enfrentassem seus medos, expondo-se por tempo prolongado às situações que evitavam ou tocando nos objetos que consideravam contaminados (**exposição**) e, ao mesmo tempo, se abstivessem de realizar os rituais de descontaminação ou as verificações (**prevenção da resposta**), em pouco tempo a ansiedade e o desconforto, bem como a necessidade de realizar rituais, desapareceriam espontaneamente. Essas descobertas fundamentam, até hoje, a terapia de exposição e prevenção da resposta, também

chamada de terapia comportamental, que será descrita mais detalhadamente a partir do capítulo 4.

**A terapia comportamental utiliza a exposição e a prevenção da resposta para provocar o fenômeno da habituação, que consiste na diminuição gradual e espontânea dos sintomas quando se permanece repetidamente em contato com situações ou objetos que provocam medo e que de fato não são perigosos.**

Paralelamente à terapia comportamental, os pesquisadores voltaram sua atenção para os pensamentos e crenças distorcidas, que são comuns no TOC e contribuem para a execução de rituais, como exagerar o risco ou a responsabilidade. Da mesma forma, diversas pesquisas demonstraram que a correção dessas crenças e pensamentos errados mediante técnicas específicas denominadas de técnicas cognitivas reduzem os sintomas (particularmente quando as crenças erradas eram bastante fortes ou quando os rituais inexisteriam ou eram raros). As técnicas cognitivas passaram a ser consideradas um complemento importante das técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta, e as duas práticas, em conjunto, deram origem à modalidade designada de terapia cognitivo-comportamental.

Na terapia cognitivo-comportamental, além de comparecer às sessões, nas quais recebe informações sobre o TOC e sobre os recursos e técnicas disponíveis para vencer os sintomas, o paciente faz exercícios práticos junto com o terapeuta, aprendendo a usar os recursos para, depois, utilizá-los em seu próprio domicílio ou local de trabalho. Usualmente, no início do tratamento, é elaborada uma lista de todas as obsessões, evitações e rituais do paciente. Os sintomas são classificados de acordo com o grau de aflição que provocam, ou com o grau de dificuldade em enfrentá-los. A partir desta lista hierarquizada, os exercícios de exposição e prevenção da resposta destinados aos intervalos das sessões (em casa) são planejados semanalmente. Deve-se começar pelos sintomas considerados mais fáceis ou associados com menos ansiedade, deixando-se para mais adiante os mais difíceis. Os exercícios são sempre decididos em acordo com o terapeuta, e devem apresentar um nível de dificuldade considerado perfeitamente suportável. É necessário que o paciente dedique um mínimo de tempo, uma a duas horas por dia, à realização dos exercícios.

Um problema da terapia comportamental é seu custo elevado em comparação ao tratamento com medicamentos (isso se for considerado apenas o período de tratamento agudo, e não a manutenção em longo prazo, cujo custo tende a ser maior com os medicamentos). Além disso, na prática, esta modalidade de tratamento continua estando pouco disponível à população, pois os psiquiatras que a utilizam em seus consultórios são poucos.

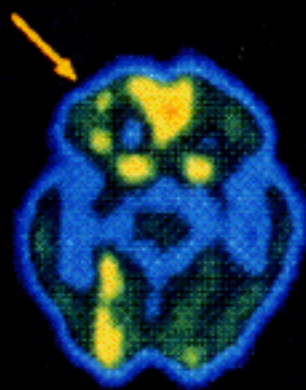
**No tratamento do TOC, os medicamentos regularizam possíveis disfunções da neuroquímica cerebral envolvendo a serotonina, e a terapia cognitivo-comportamental corrige as aprendizagens errôneas, os pensamentos e as crenças erradas ou distorcidas.**

### **Comentário final**

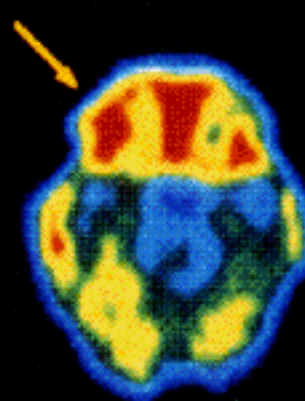
Esperamos que o conhecimento maior sobre o TOC estimule você a continuar a leitura e a buscar tratamento, se for o caso.

# Obsessive Compulsive Disorder

High Orbital Glucose Metabolism



Normal  
Control



Obsessive  
Compulsive

54.3  
52.0  
49.6  
47.2  
44.9  
42.5  
40.2  
37.8  
35.4  
33.1  
30.7  
28.3  
26.0  
23.6  
21.3  
18.9  
16.5  
14.2  
11.8  
9.5  
7.1  
4.7  
2.4  
0.0