UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS – FACEC
CURSO DE PSICOLOGIA

ANGÉLICA NEVES FURTADO
BHIANKA AMANDA VENTURA

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

BARBACENA
2014

ANGÉLICA NEVES FURTADO
BHIANKA AMANDA VENTURA

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.
Orientadora: Esther de Matos Ireno Marques

BARBACENA
2014

ANGÉLICA NEVES FURTADO
BHIANKA AMANDA VENTURA

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovada em 05/12/2014

BANCA EXAMINADORA

Ma. Ana Letícia Camargos

Escola Preparatória de Cadetes do Ar – EPCAR

Prof.ª Ma. Esther de Matos Ireno Marques

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof.ª Esp. Karina Aparecida Coelho Otoni

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que sempre guia o meu caminho e me ajuda a vencer os obstáculos.

À minha mãe Maria das Dores e meu pai José Roberto, que com amor me proporcionaram este curso e aguentaram minhas mudanças de humor e frustrações.

Às minhas irmãs Alice e Adriana pelo carinho e grande apoio. Apesar das várias discussões e brigas, o que seria de mim sem vocês! Lidar com os problemas de outras pessoas, me ensinou que cada família tem seus conflitos e o importante é sabermos que apesar de tudo há um laço que nos une "O amor".

À minha sobrinha Maria Eduarda, pela alegria que representa em minha vida.

À nossa orientadora Esther que nos ajudou a seguir com o nosso trabalho, após a saída da nossa querida orientadora Ana Letícia. Todas duas, são exemplos de profissionais a qual com certeza me espelharei.

À minha amiga Bhianka, que desde os primeiros dias do curso tem sido minha companheira, e mais uma vez estamos juntas na realização de um trabalho. Obrigada por tudo!

À meus amigos de turma, em especial Ana Paula, Gabriel e Lidiane com a qual compartilhei vários momentos bons, na qual um se apoiava no outro para conseguir realizar tudo com sucesso.

Enfim, agradeço a todos os meus amigos e pessoas que de alguma forma me incentivaram e me ajudaram nesta caminhada.

(Angélica)

Agradeço primeiramente a Deus por essa vitória. Nos momentos em que me senti só e perdida tu fostes meu refúgio e amparo. Busquei em ti a força e me abasteci de coragem e paciência diante de cada obstáculo.

Ao meu pai José Raimundo, pelo exemplo de determinação e humildade. Lembro-me que aproximadamente aos três anos de idade você conduzia minhas pequenas mãos a pegarem um lápis e a escrever meu nome em um papel. Pode ter certeza que você me deixará o melhor, que é o valor dos estudos.

À minha mãe Maria Lúcia, pelo carinho e apoio durante todos esses anos. Ficará eternamente em minhas lembranças, as noites em que você me esperava chegar da faculdade

e, então abria a porta do quarto e perguntava se estava tudo bem. Obrigada por seu amor, que é imenso e por sua amizade que é a mais verdadeira.

Aos meus irmãos Bhienka e Bhiwener pela união e por sempre estarem ao meu lado, nas minhas desilusões, alegrias, derrotas e vitórias. Sem dúvidas, vocês são os melhores irmãos do mundo.

Ao meu namorado Alex pela paciência que teve comigo durante a confecção deste trabalho de conclusão de curso, pelo seu companheirismo. Como é bom saber que tenho ao meu lado uma pessoa batalhadora e com tanta fé como você.

À minha Prof. Esther que com muito carinho e dedicação aceitou o convite, se disponibilizando a nos orientar. Sem você nada disso seria possível!

À Prof. Ana Letícia que me mostrou que eu seria capaz de concretizar este trabalho, obrigada pelo seu incentivo, profissionalismo e apoio. Aprendi a superar meus limites através de seus exemplos.

À Angélica pelo apoio, amizade, dedicação durante nossa jornada acadêmica. Meus sinceros agradecimentos por ter sido a minha "irmãzinha de TCC". Com você dividi expectativas e frustações e sua positividade e foco foi o que me impulsionou a continuar.

À amiga Ana Paula, por seu alto astral e por sempre fazer festa, principalmente nos dias em que eu me encontrava sem motivos para comemorar.

Ao amigo Gabriel Puiati, por sempre se disponibilizar a me ouvir. Minhas noites tornaram-se mais alegres ao seu lado.

E à Lidiane Vieira, logo no finalzinho do curso nossa amizade se tornou tão intensa, você veio me fortalecer com esse seu jeitinho doce e singelo.

Aos colegas de classe, obrigada pela oportunidade de ter compartilhado importantes momentos ao lado de vocês.

Aos mestres que me transmitiram conhecimentos e experiências profissionais, que com dedicação me levaram além das teorias, filosofias e das técnicas, expresso meu extremo respeito a vocês.

"Existem momentos na vida da gente, em que as palavras perdem o sentido ou parecem inúteis e, por mais que a gente pense numa forma de empregá-las, elas parecem não servir. Então a gente não diz, apenas sente" (Sigmund Freud).

(Bhianka)

Resumo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões que consomem tempo e interferem no cotidiano do indivíduo, gerando sofrimento para ele e seus familiares. Os indivíduos com o transtorno levam muito tempo para procurar um tratamento por vergonha e por não terem informações sobre o tema. Este está entre os quatro transtornos psiquiátricos mais comuns, após as fobias, os transtornos relacionados a substâncias e o transtorno depressivo maior, e sua prevalência em toda a população é estimada em 2 a 3 %. O presente estudo teve como objetivo fazer uma discussão acerca das causas, sintomas e melhores formas de tratamentos para o TOC, através de uma revisão bibliográfica, tomando por base a literatura psiquiátrica e da psicologia com ênfase na terapia cognitivo-comportamental. Buscou também explicar a influência da interação indivíduo e ambiente para o desenvolvimento deste. Foi possível perceber que o transtorno não tem suas causas esclarecidas; seu diagnóstico é difícil, devido ao fato de haverem comorbidades, mas seus sintomas tem sido cada vez mais bem delimitados e a farmacoterapia juntamente com a terapia cognitivo-comportamental têm se demonstrado eficazes no tratamento. Esta revisão bibliográfica demonstra que estudos sobre a área devem continuar sendo realizados para que se possa oferecer uma melhor qualidade de vida para os indivíduos portadores do transtorno.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo. Terapia cognitivo-comportamental. Tratamentos.

Abstract

The Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a disorder characterized by obsessions and / or compulsions that are time consuming and interfere with a person's daily life creating hardship for him/her and his/her family. People who Individuals with the disorder take too long to seek treatment due to shame and do not have information on the topic. This is among the four most common psychiatric disorder after phobias, substance-related disorders and major depressive disorder, and its prevalence in the population is estimated at 2-3%. The present study aimed to make a discussion about the causes, symptoms and better ways of treatments for OCD, and data was collected through a literature review, based on the psychiatric and psychology with an emphasis on cognitive behavioral therapy literature. It also sought to explain the influence of individual interaction and environment for its development. It could be observed that the disorder has not clarified its causes; diagnosis is difficult due to the fact that they had comorbidities, but their symptoms have been increasingly well defined and pharmacotherapy with cognitive behavioral therapy has been shown effective in treating. This literature review shows that studies of the area should continue to be conducted so that we can offer a better quality of life for individuals with the disorder.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder. Cognitive behavioral therapy. Treatments.

SUMÁRIO

1 Introdução 8
2 Transtorno obsessivo-compulsivo 10
2.1 Breve histórico 10
2.2 Definição e características clínicas 12
2.3 Diagnóstico e padrões de sintomas 14
2.4 Diagnóstico Diferencial 17
2.5 Epidemiologia 18
2.6 Comorbidades 19
2.7 Curso e prognóstico 20
3 Modelos etiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo 22
3.1 Modelo Biológico 22
3.2 Modelo Psicodinâmico 24
3. 3 Modelo comportamental 25
3.4 Modelo cognitivo comportamental 27
4 Tratamentos para o transtorno obsessivo-compulsivo 30
4.1 Farmacoterapia 30
4.2 Terapia cognitivo-comportamental 31
4.2.1 O início do processo 31
4.2.2 As sessões da terapia 34
4.3 Técnicas Comportamentais 35
4.3.1 Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) 35
4.3.2 Modelação 37
4.4 Técnicas Cognitivas 38
4.5 Alta, acompanhamento e prevenção de recaídas 40
4.6 Terapia em grupo para o TOC 41
5 Considerações finais 42
Referências 44

1 Introdução

A ansiedade é um dos temas que mais se tem discutido nos últimos anos por psiquiatras e psicólogos, e porque não, por pessoas leigas. Ela é uma característica do ser humano, uma reação normal que o faz ficar em estado de alerta para situações novas ou de perigo, sendo útil para o organismo.

Quando essa reação é exagerada, torna-se um problema. A ansiedade de forma exagerada é patológica e aumenta as sensações de medo e insegurança, levando à disfunções no sistema nervoso.

São vários os transtornos que são desencadeados pela ansiedade patológica. Um deles, e este foi o objeto deste estudo, é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Este transtorno se caracteriza pelo indivíduo apresentar imagens ou ideias repetitivas, as chamadas obsessões e, para evitá-las, começa a ter atitudes compulsivas. Apesar de o ato compulsivo ser uma tentativa de reduzir a ansiedade associada à obsessão, ele acaba por aumentá-la.

Muitas pessoas não sabem que as ideias e comportamentos que têm são características de um transtorno psiquiátrico, ou tem vergonha de possuir rituais estranhos e incontroláveis e, por isso, tentam disfarçar e chamá-los de manias comuns. Isto acaba por acarretar um isolamento social e o que essas pessoas não sabem é que um tratamento pode ajudá-las a ter uma vida normal.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo é o quarto diagnóstico mais comum, após as fobias, os transtornos relacionados a substâncias e o transtorno depressivo maior (SADOCK e SADOCK, 2008). E por que será que tal transtorno é tão comum? O que pode influenciar o seu desenvolvimento? Quais as causas e sintomas? Quais os tratamentos mais eficazes para tal transtorno? Estas são as principais questões que nortearam este trabalho.

Por ser um dos transtornos mais frequentes é de grande importância para os psicólogos o conhecimento sobre o assunto, de forma a contribuir para seu diagnóstico e tratamento. É muito comum este transtorno ser mal diagnosticado, devido ao fato de haver comorbidades que confundem os sintomas com os de outros transtornos.

O objetivo deste estudo foi avaliar o TOC por meio de uma pesquisa bibliográfica, reunindo dados que demonstrassem as principais causas, os sintomas, a epidemiologia e as formas mais eficazes para o seu tratamento.

No primeiro capítulo serão apresentados um breve histórico do transtorno, os critérios diagnósticos, a epidemiologia, as comorbidades e o curso e prognóstico do mesmo.

No segundo capítulo serão discutidos os modelos etiológicos do TOC, tais como biológico, psicodinâmico, comportamental e cognitivo-comportamental. E o terceiro trará as mais eficazes formas de tratamentos destacadas por várias pesquisas, que são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental.

2 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

2.1 Breve histórico

Os sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são descritos na literatura médica desde o século XIX, mas possivelmente sempre acompanharam o ser humano (ROCHA et al., 2006). Na idade média, os indivíduos com pensamentos obsessivos de blasfêmias ou de natureza sexual foram acusados de estarem possuídos pelo demônio (HAGGSTRAM *et al*., 2003).

O estudo das obsessões teve início com a Psiquiatria Clássica. Inicialmente, as obsessões eram associadas à loucura, sendo por isso definidas como loucura da dúvida, loucura obsessiva, delírio de contato, dentre outras (KRUG, VERAS e MACEDO, 2005).

O termo obsessão foi descrito pela primeira vez pelo psiquiatra francês, Jules Falret, que a descreveu como ideias ou atos compulsivos, ritualizados ou repetitivos, na qual as pessoas que eram acometidas por este mal, sofriam com pensamentos que quase sempre abarcavam os mesmos temas. Estes indivíduos conviviam com a dúvida e o medo de cometerem atos impulsivos. Mesmo acreditando na diferença entre as obsessões e outras patologias, o psiquiatra situava as obsessões no campo da loucura (KRUG, VERAS e MACEDO, 2005).

Em 1838 Esquirol, um psiquiatra francês, descreveu as obsessões e as compulsões, as quais foram consideradas como manifestações de depressão ou melancolia (HAGGSTRAM *et al.*, 2003). Ele conseguiu observar no primeiro caso, muitos dos principais sintomas da doença, hoje tidos como universais tais como obsessões de agressão, obsessões de contaminação, preocupação excessivas e dúvidas patológicas (DEL-PORTO, 2001).

Em 1909, Freud publicou sobre a chamada neurose obsessiva, como o TOC era conhecido na época, descrevendo os sintomas obsessivos e compulsivos de um paciente. Esse estudo ficou conhecido como “O Homem dos Ratos” (HAGGSTRAM *et al.*, 2003).

Nesta obra Freud relata o caso de um jovem universitário, cujo pseudônimo utilizado foi o “Homem dos Ratos”. O jovem busca consultar-se com Freud após ler o livro: “Psicopatologia da Vida Cotidiana”. Ele relatou sofrer com obsessões desde sua infância, tornando-se mais intensas nos últimos quatro anos. Contou a Freud que durante anos lutou contra essas ideias, e que havia feito diversos tipos de tratamentos, não obtendo sucesso em nenhum, com exceção da hidroterapia, feita em um sanatório próximo a qual sentiu certo alívio de seus sintomas (FREUD, [1909], 1977).

Os principais aspectos do distúrbio do “Homem dos Ratos” era o medo de que coisas terríveis pudessem ocorrer com duas pessoas de quem gostava muito: seu pai e uma dama a quem admirava. Em certa ocasião quando estava só, viu uma pedra em um caminho e a retirou daquele lugar, com medo de que casualmente a carruagem da namorada passasse por ali e virasse sobre a pedra ferindo sua amada (FREUD, [1909], 1977).

Ele também era atormentado por impulsos tais como: cortar a própria garganta com uma lâmina; dividir as palavras em sílabas e refletir sobre o significado que cada sílaba tem em outro idioma; e, ao ver um relâmpago, não conseguia resistir a contar os segundos até o barulho do trovão. Essas compulsões e obsessões estavam prejudicando a vida social, profissional e sexual do paciente, ele passava muito tempo tentando combater estas ideias e perdia muito tempo de sua vida (FREUD, [1909], 1977).

Na segunda seção, o paciente relata que quando estava em uma unidade militar um oficial descreveu uma forma de tortura que o impressionou. Neste tipo de tortura, o prisioneiro ficava sentado nu, amarrado sobre uma vasilha com ratos, que buscavam escavar o ânus em busca de uma saída. Após esta descrição feita pela oficial, o jovem começou a ter seu pensamento invadido pela imagem da cena, sem que fosse capaz de evitá-la, e consequentemente sentia grande aflição e imaginava a cena acontecendo com sua noiva e com seu pai (FREUD, [1909], 1977).

Freud analisa a neurose obsessiva como a onipotência dos pensamentos, bem como a necessidade de incerteza e da dúvida. A onipotência decorre da superestimação dos efeitos dos sentimentos hostis sobre o mundo externo. Em relação a incerteza e a dúvida, o obsessivo é incapaz de chegar a um decisão. O neurótico obsessivo pensa muito, e esse pensar excessivo o afeta, levando-o a substituir o agir pelo pensar. Com isso, o processo que inicialmente parecia satisfatório acaba voltando-se contra ele e seu pensar. O obsessivo imerso no seu mundo de dúvida sabe que o agir é necessário, mas fica preso, sofrendo em seus pensamentos (FREUD, [1909], 1977).

Para Cordioli (2014), Freud conseguiu descrever as manifestações do que ele chamava de neurose obsessiva, tais como imagens de conteúdo agressivo, pensamentos supersticiosos, medos e dúvidas. As características que ele destacou como o poder do pensamento, a indecisão, o controle, a neutralização, foram novamente retomas pelos estudos realizados pelas teorias cognitivas.

A descrição clínica juntamente com os estudos mais recentes sobre o tema mostra que os sintomas permaneceram estáveis através das culturas e do tempo. No entanto nenhuma destas teorias foi capaz de esclarecer a origem do transtorno (HAGGSTRAM *et al*., 2003).

2.2 Definição e características clínicas

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado por dois fenômenos principais: obsessão e compulsão. Obsessões são eventos mentais, ou seja, imagens, ideias, impulsos. Compulsões são comportamentos estereotipados, repetitivos destinados a reduzir a ansiedade gerada pela obsessão. A síndrome obsessiva compulsiva, por vários anos foi considerada uma doença intratável (KAY e TASMAN, 2002; RIGGS e FOA, 1999; ROSARIO-CAMPOS e MARCADANTE, 2000; SADOCK e SADOCK, 2008; TORRES e SMAIRA, 2001).

As obsessões e compulsões consomem tempo, e interferem de modo significativo na rotina normal do indivíduo, no desempenho ocupacional, nas atividades habituais e nos relacionamentos. O paciente pode ter obsessão, compulsão ou ambas. As obsessões e as compulsões têm aspectos em comum, sendo que uma ideia ou impulso se intromete de maneira persistente na percepção consciente do indivíduo (SADOCK e SADOCK, 2008).

> As obsessões podem tomar formas de pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos, aflitivos e intrusivos, embora os pensamentos obsessivos sejam de longe a apresentação mais comum dos sintomas. Compulsões são comportamentos ou atos mentais manifestos repetitivos e estereotipados que estão associados com um forte impulso subjetivo de realizá-lo (CLARK e BECK, 2012, p.448).

O indivíduo que sofre de obsessões e compulsões em geral tem o desejo de resistir-lhes, mas a função de neutralização ou atenuação imediata da ansiedade mantém os sintomas em um ciclo de difícil rompimento, no qual para se sentir melhor, o indivíduo se escraviza. A assiduidade das obsessões e compulsões consome tempo e muda a rotina do indivíduo significativamente, influenciando em sua vida familiar, social e em seu trabalho (CLARK e BECK, 2012; CORDIOLI e BRAGA, 2011; TORRES e SMAIRA, 2001).

Segundo Torres e Smaira (2001) a maior parte dos pacientes com TOC, envergonham-se de seus pensamentos e comportamentos, procurando escondê-los. Alguns portadores restringem seus rituais à cômodos da casa ou quando se encontram sozinhos, é por esse motivo que algumas pessoas próximas destes pacientes, desconhecem seu transtorno. Couto *et al.* (2010) vão dizer que os indivíduos com TOC irão evitar determinados locais, objetos, pessoas e situações como, tocar em trincos e talheres, se assentar em ônibus e bancos públicos, buscando sequer encostar em outras pessoas etc. Trata-se de uma doença secreta, levando um bom tempo para ser diagnosticada e tratada. Os pacientes buscam ajuda e apoio

dos profissionais somente quando está sendo impossível conviver com as compulsões e as obsessões.

Apesar de mais frequente, nem sempre obsessões e compulsões estão associadas, havendo pacientes puramente obsessivos e mais raramente só compulsivos (TORRES e SMAIRA, 2001). Nos puramente obsessivos podem aparecer pensamentos ou ruminações sob a forma de ideias, imagens mentais ou impulsos para agir. Elas são variáveis em conteúdo, mas sempre angustiantes para o indivíduo. Às vezes as ideias são meramente fúteis, envolvendo questionamentos infindáveis, na qual a indecisão das alternativas está frequentemente associada à incapacidade de tomar decisões necessárias à vida diária. Os predominantemente compulsivos têm atos compulsivos relacionados à limpeza, verificação repetida para assegurar que não foi permitido que uma situação potencialmente perigosa se desenvolvesse ou organização e arrumação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) o transtorno obsessivo-compulsivo está localizado na classe dos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. O TOC é indicado pela sigla F 42 e subdivide-se em:

> - F 42.0 Predominantemente Pensamentos Obsessivos ou Ruminações, aparecem como imagens mentais, ideias e impulsos voltados para a ação.
> - F 42.1 Predominantemente Atos Compulsivos (Rituais Obsessivos), é caracterizado por formas simbólicas de afastar o perigo. A maioria dos atos compulsivos está relacionada a limpeza, dentre essa categoria a mais frequente é a lavagem das mãos.
> - F 42.2 Pensamentos e Atos Obsessivos Mistos, os obsessivos-compulsivos tem elementos de ambos, é importante especificar o predominante, o tratamento é diferente para pensamentos e atos.
> - F 42.8 Outros Transtornos Obsessivos Compulsivos
> - F 42. 9 Transtornos Obsessivos Compulsivo Não Especificado (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 29)

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014), aponta que as obsessões e compulsões são consumidoras de tempo, cerca de uma hora por dia. Além de causar mal-estar, são pensamentos que o indivíduo esperaria não ter, eles estão fora do controle do sujeito. O indivíduo procura ignorar os pensamentos com ações, ou seja, compulsões se manifestam com o objetivo de neutralizar a ação pensada. Através das compulsões a pessoa tenta amenizar o mal-estar que a acompanha, e quando o indivíduo resiste a uma compulsão ele pode sentir um aumento significativo da tensão e da ansiedade.

Na infância, as compulsões comumente antecedem o início das obsessões, que podem ser menos frequentes que na idade adulta. Estudos recentes descrevem um intervalo médio de 1,6 anos entre o início das compulsões e o das obsessões em pacientes com início dos sintomas até os dez anos de idade (ROSARIO-CAMPOS e MERCADANTE, 2000).

Uma questão importante para a avaliação de crianças com TOC é a semelhança entre os sintomas obsessivo-compulsivos e os comportamentos repetitivos característicos de algumas fases do desenvolvimento, tais como os rituais e as superstições. Dos dois aos quatro anos de idade, as crianças apresentam intensificação dos comportamentos repetitivos. Os rituais mais comuns nesta fase pré-escolar acontecem, principalmente, nos horários de dormir, de comer e de tomar banho. Por exemplo, uma história precisa ser contada da mesma forma várias vezes, os alimentos precisam ser organizados no prato de acordo com regras pré-estabelecidas, só tomam banho se estiverem com um brinquedo específico. A partir dos seis anos, os rituais se manifestam mais em brincadeiras grupais. Os jogos passam a ter regras rígidas e iniciam-se as coleções dos mais variados objetos. Estes rituais têm geralmente o objetivo de auxiliar no desempenho e dar uma sensação de controle sobre a imprevisibilidade dos eventos, além disso, não interferem no funcionamento da criança e não têm a frequência ou a intensidade dos sintomas do TOC. Deve-se considerar a faixa etária, a duração diária dos comportamentos, sua intensidade e se interferem ou não nas suas atividades e no seu desenvolvimento para que se possa fazer o diagnóstico de TOC (ROSARIO-CAMPOS e MERCADANTE, 2000).

São mais frequentes em crianças e adolescentes as obsessões de contaminação, de medo de ferir-se ou de ferir os outros, sexuais e de religiosidade e, as compulsões de lavagem, repetição, checagem e rituais de tocar em objetos ou pessoas (ROSARIO-CAMPOS e MERCADANTE, 2000).

2.3 Diagnóstico e padrões de sintomas

Para o diagnóstico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são adotados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014) os seguintes critérios:

> A. Presença de obsessões ou compulsões ou ambas:
> Obsessões são definidas por (1) e (2): 1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir

> tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.
> As compulsões são definidas por (1) e (2): 1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. 2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, estes comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. **Nota:** Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.
> B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p.ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de vida do indivíduo.
> C. Os sintomas obsessivos compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
> D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [skin-picking]; estereotipias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupações com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafílicos; impulsos como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; ruminações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).
> Especificar se:
> Com insight bom ou razoável: o indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.
> Com insight pobre: o indivíduo acredita que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.
> Com insight ausente/crenças delirantes: o indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivos compulsivo são verdadeiras.
> Especificar-se:
> Relacionado a tique: O indivíduo tem história atual ou passada de um transtorno de tique (APA, 2014, p.237)

Segundo Sadock e Sadock (2008), o TOC possui quatro tipos de sintomas principais, sendo que os sintomas de um paciente podem se superpor e mudar com o tempo. São eles:

- Contaminação: O problema mais comum é uma obsessão de contaminação, seguida pelo lavar ou pela evitação compulsiva do objeto contaminado. O objeto temido às vezes é difícil de evitar (como por exemplo, fezes, urina, poeira e germes). Por lavar excessivamente as mãos, muitos pacientes podem arrancar a pele das mãos ou podem ser incapazes de deixar suas casas por causa do medo de germes. Os pacientes com obsessão por contaminação, em geral, acreditam que isso se transmite de objeto para objeto ou de pessoa a pessoa com o menor contato.

- Dúvida patológica: A obsessão da dúvida é seguida pela compulsão de verificar. A obsessão implica certo perigo de violência, como se esquecer de desligar o fogão ou não trancar a porta; o verificar pode envolver idas múltiplas até a casa para verificar o fogão ou ver se a porta está fechada. Os pacientes têm uma dúvida obsessiva e sempre se sentem culpados de terem esquecido ou cometido alguma coisa.
- Pensamentos intrusivos: Há pensamentos obsessivos intrusivos sem compulsão. Essas obsessões são, em geral, pensamentos repetitivos de um ato sexual agressivo que é repreensivo para o paciente. Pacientes obcecados com pensamentos de atos agressivos ou sexuais podem se denunciar à polícia ou se confessar a um padre.
- Simetria: A necessidade de simetria pode levar a compulsão e lentidão. Os pacientes são capazes de levar horas para fazer uma refeição ou barbear o rosto. Pode ser percebida também pela ordenação de objetos.

Segundo Couto *et al*. (2010) constantemente os sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são vistos como egodistônicos e parecem absurdos ou ridículos para a própria pessoa. Os pacientes têm receio em mostrar seus sintomas por vergonha, tentativa de evitar possíveis humilhações e serem enxergados como loucos ou perigosos ou por acreditarem que seus pensamentos possam se tornar realidade.

Na maior parte dos casos, há diversas obsessões e compulsões simultâneas. Com o passar do tempo os portadores do transtorno substituem o tipo de sintoma, com flutuações na intensidade dos sintomas ao longo do tempo (TORRES e SMAIRA, 2001).

No TOC também podem ocorrer obsessões religiosas, de economia compulsiva, assim como a tricotilomania (arrancar cabelos compulsivamente), roer unhas, transtornos alimentares, cleptomania, compras compulsivas, indecisão, senso de responsabilidade supervalorizado, lentidão, dúvida patológica. Estas podem ser compulsões relacionadas ao transtorno, conduzindo a outros transtornos comórbidos (COUTO et al. 2010; SADOCK e SADOCK, 2008).

As obsessões agressivas podem apresentar-se como fobias de impulsos: medo de se ferir, matar ou prejudicar alguém sem querer, de se matar, fazer algo proibido. Muitos evitam manusear facas, tesouras, fósforos, ou quaisquer objetos que considerem perigosos, ou de ficarem sozinhos, pois não confiam em si mesmos (TORRES e SMAIRA, 2001).

Podem ocorrer também rituais de colecionamento, dos quais são menos conhecidos, que indicam incapacidade de se desfazer de jornais, embalagens inúteis, papéis de bala ou objetos encontrados na rua. Há também os rituais de sapatear, rezar, perguntar, tocar e gesticular (TORRES e SMAIRA, 2001).

De acordo com Torres e Smaira (2001) a lentidão obsessiva é um sintoma raro. O portador não repete sua ação, mas, leva horas em tarefas diárias, aparentemente ele tem medo de errar ou causar problemas, por isso demora excessivamente na execução de tarefas.

Resumindo, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo apresenta uma fenomenologia diversificada, é um quadro em geral secreto o que dificulta seu diagnóstico, e causa grandes sofrimentos. Cada indivíduo reage ao problema conforme o seu contexto ambiental e suas características de personalidade, aspectos que devem ser observados em cada caso particular (TORRES e SMAIRA, 2001).

2.4 Diagnóstico Diferencial

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo é difícil de ser distinguido, visto que as obsessões e compulsões também são sintomas observáveis em outras síndromes. Abaixo será especificada a diferença ente Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno de Personalidade Obsessiva Compulsiva (TPOC).

> O Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) é definido como um estilo de personalidade vitalício e mal adaptado, caracterizado por perfeccionismo, atenção excessiva a detalhes, indecisão, rigidez, devoção excessiva ao trabalho, afeto restrito, falta de generosidade e acumulação de bens e objeto. Historicamente, TOC e TPOC eram considerados variantes do mesmo transtorno em um contínuo de severidade, com TOC sendo visto como as manifestações mais severas do transtorno. Contrariando essa noção, estudos que utilizaram entrevistas estruturadas para estabelecer o diagnóstico constataram que nem todos os pacientes com TOC apresentaram também TPOC. Ao contrário do TPOC, o TOC é caracterizado por obsessões angustiantes, que consomem tempo, e ego-distônicas, além de rituais repetitivos destinados a diminuir a angústia gerada pelo pensamento obsessivo (KAY e TASMAN, 2002, p. 332).

O TOC pode ser confundido também com a esquizofrenia, fobias e transtornos depressivos. As fobias diferenciam-se pela ausência de relação entre os pensamentos obsessivos e as compulsões (SADOCK e SADOCK, 2008). De acordo com Torres (2001), enquanto nas fobias a resposta ansiosa é automática e direta diante da situação ou do objeto temido, no TOC não há necessidade de exposição real, é necessário apenas o pensamento ou a dúvida para desencadear toda uma série de pensamentos obsessivos que podem resultar em compulsões.

O transtorno depressivo tem em comum com o TOC aspectos como culpa, indecisão, medo e preocupação excessiva. Ruminações obsessivas são comuns na depressão, e sintomas depressivos são as complicações frequentes do TOC. Por essa estreita relação, o TOC já foi

considerado uma forma de melancolia. Enquanto a depressão tende à evolução e predomina em mulheres, o TOC costuma ser crônico, acometendo igualmente homens e mulheres (TORRES, 2001).

O Transtorno de Tiques e a Síndrome de Tourette podem assemelhar-se ao TOC. Os tiques são movimentos repetitivos de certos grupos musculares, em geral rápidos e estereotipados e na síndrome de Tourette, há pelo menos um tique vocal ao lado de vários tiques motores. Quanto mais complexo um tique motor, como por exemplo, ter que tocar ou esfregar, mais se assemelha a uma compulsão. Contudo, as compulsões em geral são desencadeadas pela ansiedade ou por medo, sendo realizadas com o objetivo de prevenir algo temido, já os tiques buscam aliviar alguma sensação ou incômodo físico. A dificuldade maior na diferenciação está nos casos de compulsões puras, sem obsessões associadas, em que os pacientes ritualizam para se sentir melhor, para obter uma sensação de perfeição ou apenas para aliviar a ansiedade (TORRES, 2001).

Envolvendo manifestações de ansiedade patológica como o TOC, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) apresenta alguns diferenciais. No TAG as preocupações excessivas estão relacionadas a problemas reais do dia-a-dia, sem ritualizações (TORRES, 2001).

2.5 Epidemiologia

O TOC tende a ser um quadro clínico muitas vezes secreto devido à preservação da crítica e a consequente vergonha em relação aos sintomas. Muitos portadores deste transtorno não sabem que se trata de uma condição médica tratável e acabam por ocultar o sintoma até mesmo de familiares mais próximos. Outros temem que, ao falarem de seus medos, estes se realizem, ou ainda, caso se trate de obsessões sexuais ou agressivas, temem ser considerados loucos e perigosos e consequentemente serem hospitalizados ou presos. Estudos clínicos demonstram que os portadores demoram em média 6 a 17 anos para procurarem ajuda e tratar de forma adequada o seu o problema. O medo de contaminação também pode estar por trás da evitação do serviço de saúde (TORRES e LIMA, 2005).

A prevalência do Transtorno Obsessivo-Compulsivo em toda a população é estimada em 2 a 3 %. Porém, alguns pesquisadores dizem que o TOC é encontrado em até 10% de pacientes ambulatoriais de clínicas psiquiátricas. Esses números fazem com que o TOC seja o quarto diagnóstico psiquiátrico mais comum. Nos países da Europa, Ásia e África esses dados são confirmados. Assim, a grande maioria dos estudos realizados em todo o mundo aponta

para as mesmas taxas de prevalência do TOC (DEL-PORTO, 2001; SADOCK e SADOCK, 2008).

Homens e mulheres têm a mesma probabilidade de serem afetados pelo transtorno, contudo, entre os adolescentes, os meninos são mais afetados. A idade média de início geralmente é de cerca de 20 anos, embora os homens tenham uma idade de início mais precoce, em média aos 19 anos (CLARCK e BECK, 2012; KAY e TASMAN, 2002; SADOCK e SADOCK, 2008).

As diferenças culturais entre países afetam as taxas de apresentação do TOC, devido a estas terem códigos morais de base religiosas que podem influenciar no desencadeamento de obsessões religiosas. Costumes tais como os dos mulçumanos, voltados para a limpeza podem levar à compulsão por lavar as mãos. Ainda assim, há semelhanças dos sintomas em todas as culturas e regiões geográficas (CLARCK e BECK, 2012; DEL-PORTO, 2001).

2.6 Comorbidades

Petribú (2001) destaca que a palavra comorbidade tem como significado companhia, correlação, contiguidade de acordo com o sufixo “cum” do latim, já “morbus” denota estado patológico ou doença. Devido a isso a palavra comorbidade é designada para referir à coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas.

Segundo Cordioli (2004) é importante averiguar as comorbidades que os pacientes apresentam, pois elas terão relevâncias para a abordagem terapêutica. Sintomas depressivos sequentes de transtornos de ansiedade podem interferir na capacidade do paciente ao realizar as tarefas da terapia comportamental. Os transtornos de tiques ou Transtorno de Gilles de la Tourette (TGT) que têm como característica compulsão por beliscar, tricotilomania, febre reumáutica, apontam para diferentes tipos de Transtorno Obsessivo-Compulsivo que podem ter uma menor resposta no tratamento com a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo são muitas vezes afetados por outros transtornos mentais, tais como transtorno depressivo maior e fobia social. “Transtorno depressivo maior em pessoas com TOC é de cerca 67%, e para a fobia social, de 25%” (SADOCK e SADOCK, 2008).

“Em um estudo de 100 pacientes com TOC primário, 67% apresentavam uma história vitalícia de depressão maior, e 31% satisfaziam os critérios para um transtorno depressivo maior atual” (KAY e TASMAN, 2002, p. 332). Há também os transtornos por uso

de álcool, transtornos de ansiedade generalizada, fobias especificas, transtorno de pânico, transtorno de alimentação e transtorno da personalidade. “A incidência de transtorno de Tourette em pacientes com TOC é de 5 a 7 %, e 20 a 30% daqueles com TOC têm histórias de tiques.” (SADOCK e SADOCK, 2008, p. 253).

Para Clark e Beck (2012) os transtornos comórbidos atingem 3/4 dos pacientes com TOC, sendo que a presença da depressão maior está associada ao agravamento dos sintomas obsessivos. É de fundamental importância uma avaliação criteriosa a respeito dos sintomas depressivos, pois em casos extremos o tratamento deve objetivar o alívio da depressão, antes de focar na obsessividade e compulsão. “A presença de comorbidade interfere na evolução da doença, tornando seu curso mais crônico, com pior diagnóstico e resposta ao tratamento” (PETRIBÚ, 2001, p. 18).

2.7 Curso e prognóstico

É complexo determinar o curso natural do TOC. Diferentes estudos apontam que ele tem um curso incessante crônico, com aumento e diminuição dos sintomas no decorrer da vida. O transtorno causa impactos negativos na atuação do indivíduo nas relações familiares, sociais e ocupacionais devido às flutuações dos sintomas, levando sofrimento para ambos os lados, causando conflitos e rompimento nas relações, percebendo-se que os portadores tendem a se casar com menos frequência (CLARCK e BECK, 2012; TORRES e LIMA, 2005).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo costuma ter um longo curso variável, alguns pacientes experimentam um curso flutuante e outros o constante. É composto por exacerbações e atenuações, e depois que o paciente adquire TOC, as obsessões ou compulsões, ou ambas, estão presentes de modo contínuo, em graus de intensidade variáveis ao longo do tempo como dito acima. Poucos pacientes seguem um curso progressivamente deteriorante, ou um verdadeiramente episódico. Esta evolução é observada mesmo com tratamento adequado. O TOC deve ser visto como uma doença crônica, pois os sintomas apresentam remissão e não cura (KAY e TASMAN, 2002).

Na maioria dos casos, em fases difíceis da vida, o portador de TOC tende a piorar progressivamente seu quadro. Mas alguns pacientes relatam atenuação dos sintomas na ocorrência de algum problema sério que exija enfrentamento. Não há necessariamente piora progressiva, mas os rituais tendem a ficar cada vez mais sedimentados com o tempo. A gravidade deste transtorno é bastante variável, havendo desde casos leves até aqueles extremamente incapacitantes para as atividades rotineiras (TORRES e SMAIRA, 2001).

De acordo com Sadock e Sadock (2008) os dados sugerem que mais da metade dos pacientes com TOC apresentam início súbito dos sintomas. Em cerca de 50 a 70% dos pacientes, ocorre após um acontecimento estressante, como gravidez, problema sexual ou morte de um parente. Por muitas pessoas manterem seus sintomas em segredo, há uma demora de 5 a 10 anos antes que busquem ajuda psiquiátrica, ainda que essa defasagem esteja diminuindo com o aumento do conhecimento sobre o transtorno.

Cerca de um terço dos pacientes também tem transtorno depressivo maior, e o suicídio é um risco para todos os pacientes com TOC. Um mau prognóstico é indicado por ceder às compulsões, início da infância, compulsões bizarras, necessidade de hospitalização, transtorno depressivo maior coexistente, crenças delirantes, ideias supervalorizadas e presença de um transtorno da personalidade (especialmente transtorno da personalidade esquizotípica). Um bom prognóstico é indicado por bom ajustamento social e ocupacional, presença de um acontecimento precipitante e natureza episódica dos sintomas. O conteúdo obsessivo não parece se relacionar ao prognóstico (SADOCK e SADOCK, 2008).

De acordo com Miranda e Bordin (2001) alguns fatores podem contribuir para a consideração de um bom prognóstico, tais como, a idade de início mais tardia, menor gravidade dos sintomas obsessivos compulsivos, ausência de transtorno de personalidade pré-mórbida, boa resposta a intervenção terapêutica, menor presença dos transtornos comórbidos, bom ajustamento social.

3 Modelos etiológicos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Apesar dos crescentes estudos realizados sobre o TOC, ainda não foram esclarecidas as suas principais causas. As relações entre o cérebro e suas alterações funcionais e anatômicas, assim como os fatores genéticos e ambientais no surgimento e manutenção dos sintomas, tem sido um desafio para os pesquisadores ao redor do mundo. É provável que uma interação complexa de fatores de natureza biológica, psicológica e até mesmo ambiental possam fazer parte do surgimento deste transtorno (CORDIOLI, 2014; KAY e TASMAN, 2002; KAPCZINSKI, QUEVEDO e IZQUIERDO, 2004 apud GOMES, COMIS e ALMEIDA, 2010).

3.1 Modelo Biológico

Alguns estudos de imagens cerebrais funcionais, tais como as tomografias computadorizadas e ressonância magnética, exibem aumento do metabolismo do fluxo sanguíneo nos lobos frontais e nos gânglios basais. Encontraram também bilateralmente caudados menores em pacientes com TOC, ou seja, a fisiopatologia do transtorno obsessivo-compulsivo parece estar relacionada aos gânglios de base, estrutura de localização subcortical representada pelo estriado (caudado ou putâmem). O núcleo caudado não filtraria adequadamente os impulsos corticais, acarretando a liberação destes na atividade talâmica, por ausência de inibição das estruturas estriatais. A área de disfunção primária do TOC seria o estriado, com a região orbital do córtex frontal que atuaria de maneira compensatória. Assim os impulsos excitatórios originados no tálamo atingiriam o córtex órbito - frontal, e impediria o sujeito de retirar do foco de sua atenção de certas preocupações (KAY e TASMAN, 2002; ROSARIO-CAMPOS e MERCADANTE, 2000; SADOCK e SADOCK, 2008).

É importante ressaltar que os gânglios basais são estruturas cerebrais formadas por núcleos de substância cinzenta localizados na parte mais profunda e central do cérebro e está ligado com o córtex, com o tálamo e o tronco cerebral. Ele é responsável pelo controle dos movimentos, dos impulsos, mediante mecanismos de inibição motora ou cognitiva, que são comprometidos no TOC, pois no transtorno é habitual a repetição de certos comportamentos, a dificuldade em interromper rituais e a lentidão motora. Movimentos involuntários e anormais (tiques, tremores, balismos, coréias, distonias) são produzidos quando os gânglios da base são lesionados. Os comportamentos impulsivos e compulsivos advêm das dificuldades que os pacientes com TOC têm em inibir respostas motoras e cognitivas em

contextos nos quais essas respostas sejam conflitantes com outras. As complexidades estariam relacionadas com deficiências nos circuitos frontoestriatais (CORDIOLI, 2014).

Segundo Cordioli (2014) existem diferentes estratégias utilizadas para identificar as áreas cerebrais envolvidas no TOC, dentre elas estão as que possibilitam a visualização do cérebro em funcionamento e a comparação do metabolismo cerebral em indivíduos que possuem ou não o Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Eles são monitorados antes e depois de tratamentos farmacológicos ou psicoterápicos, em estado de repouso ou durante a provocação de sintomas.

Cordioli (2014) destaca que há registros de problemas neurológicos em concordância com os sintomas obsessivo-compulsivos. Os agravos cerebrais como encefalites, acidentes vasculares cerebrais, lesões do estriado, traumatismos cranioencefálicos podem preceder o aparecimento dos sintomas do TOC.

De acordo com Kay e Tasman (2002), estima-se que haja nos pacientes com TOC, o comprometimento no sistema do neurotransmissor serotonina, a qual foi chamada de hipótese serotoninérgica. Os antidepressivos utilizados no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo tais como amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramitina, fluoxetina, sertralina e paroxetina, são potentes inibidores na receptação sináptica de serotonina, portanto, todos eles afetam a serotonina.

Fortes evidências correlacionam o envolvimento da serotonina na fisiopatologia do TOC, em especial a redução dos sintomas obsessivos compulsivos diante dos inibidores seletivos da receptação da serotonina. Encontram-se também outras evidências do envolvimento dos neurotransmissores dopamina e glutamato. A dopamina é um neurotransmissor inibitório, que produz sensação de satisfação. Os neurônios dopaminérgicos possuem as funções de regular os movimentos motores e o comportamento emocional. Esse neurotransmissor atua como um neuromodulador do núcleo caudado e a serotonina do globo pálido. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório do sistema nervoso, ele atua na classe dos receptores que estão envolvidos nos processos cognitivos, desempenhando um papel chave no funcionamento do circuito Córtico-Estriado-Tálamo-Cortical. Esse circuito conecta os gânglios da base e o córtex frontal, que está hiperativo no TOC. Há hipóteses de que o glutamato possa ter cooperação nos fenômenos obsessivos (CHAKRABARTY, 2005 apud CORDIOLI, 2014; DEMINCO 2011).

Fatores genéticos na etiologia do TOC têm sido enfatizados nos estudos com gêmeos. Esses estudos encontraram concordância bem mais elevada em gêmeos monozigóticos do que

em dizigóticos. “Estudos das famílias desses pacientes demonstraram que 35% dos parentes de primeiro grau também são afetados pelo TOC” (SADOCK e SADOCK, 2008, p. 253).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014) afirma que a transmissão familiar do Transtorno Obsessivo-Compulsivo está relacionada aos fatores genéticos. A taxa de risco de desenvolvimento do TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com este transtorno é aproximadamente duas vezes se comparados à parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno. Porém, na infância e adolescência a taxa é aumentada em até dez vezes.

3.2 Modelo Psicodinâmico

Sigmund Freud definiu o que agora se denomina TOC como neurose obsessiva. Ele presumia haver retrações defensivas envolvidas no caso de desejos edípicos que provocavam ansiedade. Acreditava ainda, que o paciente com neurose obsessiva regredia à fase anal do desenvolvimento psicossexual (SADOCK e SADOCK, 2008).

Embora a terapia psicanalítica não possa alterar diretamente as obsessões ou as compulsões associadas à doença, a percepção da falta de sentido ou irracionalidade das obsessões pode ser de grande auxílio na compreensão de problemas com adesão do paciente ao tratamento, as dificuldades interpessoais e os problemas de personalidade que acompanham este transtorno. Ainda que os sintomas de TOC possam ter origem biológica, pode haver significados psicodinâmicos ligados aos mesmos. Os pacientes podem reforçar a manutenção dos sintomas por causa dos ganhos secundários. Por exemplo, um paciente cuja mãe fica em casa para cuidá-lo pode, mesmo que inconscientemente, manter os sintomas do TOC, porque estes favorecem a atenção da mãe (SADOCK e SADOCK, 2008).

A abordagem psicodinâmica envolve a compreensão das dimensões interpessoais. Há pessoas próximas que se acomodam ao paciente, participando de rituais ou modificando suas rotinas. Essa forma de acomodação se relaciona com o estresse na família, com atitudes de rejeição contra o paciente e o mau convívio entre os familiares. Por vezes, estes estão envolvidos nos esforços de reduzir a ansiedade do paciente ou controlar suas expressões de raiva. Tal padrão de relacionamento pode se tornar internalizado e ser recriado quando o paciente passa a ser submetido a tratamento, dificultando-o (SADOCK e SADOCK, 2008).

Outra contribuição do pensamento psicodinâmico é o reconhecimento de precipitantes que iniciam ou exacerbam os sintomas. É comum as dificuldades interpessoais aumentarem a ansiedade e, em consequência, os sintomas. O desenvolvimento do TOC pode

ser acelerado por estressores ambientais, principalmente os que envolvem gravidez, dar à luz ou cuidados maternos e paternos dos filhos. A compreensão dos estressores pode auxiliar em um plano geral de tratamento que reduza os próprios acontecimentos estressantes ou seu significado para o paciente (SADOCK e SADOCK, 2008).

3. 3 Modelo comportamental

O modelo comportamental do TOC baseia-se nas teorias de aprendizagem e no modelo comportamental da ansiedade de Mowrer, contrapondo-se à explicação psicodinâmica (CORDIOLI, 2004). O modelo de Mowrer, criado em 1939, propôs explicar as origens do medo e os comportamentos de esquiva nos transtornos de ansiedade, na qual afirmava que o medo seria adquirido por condicionamento clássico e mantido por condicionamento operante (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

O modelo comportamental considera a ansiedade e o medo patológico como resultado de aprendizagens, podendo ser desaprendidos. Os sintomas obsessivos compulsivos são resultantes de aprendizagens disfuncionais que ocorreriam em dois estágios. No primeiro, o medo e a aflição seriam associados a estímulos internos, como pensamentos intrusivos, que resultaria em condicionamento clássico em consequência de experiências traumáticas. Estes medos seriam generalizados para objetos, situações ou mesmo pensamentos que tenham alguma associação com o estímulo original. No segundo momento, o indivíduo descobriria táticas que neutralizariam ou eliminariam os medos, tais como execução de rituais, comportamentos evitativos e reasseguramentos. Por produzir alívio, haveria um aumento na frequência destas táticas, tornando os comportamentos (rituais) esteriotipados, repetitivos e frequentes (CORDIOLI, 2004).

A função das compulsões e da evitação, de acordo com o modelo comportamental seria de interromper ou impedir a exposição a estímulos que por algum motivo são temidos, e eliminar a ansiedade associada ou impedir seu surgimento. As compulsões e evitações persistem porque obtém resultados para diminuição da ansiedade, sendo então uma forma de consolidar a presença do TOC (CORDIOLI, 2004).

Teóricos dizem que as obsessões são estímulos condicionados associados ao comportamento, na qual um estímulo relativamente neutro se associa ao medo ou ansiedade. Diante disso, objetos e pensamentos previamente neutros tornam-se estímulos condicionados capazes de provocar desconforto. Quando o indivíduo descobre que certa ação reduz a ansiedade ligada a um pensamento obsessivo, desenvolve estratégias ativas de evitação sob a

forma de compulsões ou rituais. Quando é percebida a redução do desconforto, as estratégias de evitação tornam-se fixas como padrões aprendidos de comportamentos compulsivos. (SADOCK e SADOCK, 2008; VERMES e ZAMIGNANI, 2002).

Para Vermes e Zamignani (2002) essa atribuição da eliminação das obsessões como explicação para as compulsões seria insuficiente, pois outras consequências além da eliminação da estimulação aversiva podem exercer controle operante e atuar na seleção e manutenção da classe de resposta obsessiva compulsiva, como por exemplo os reforçadores sociais, tais como elogios, atenção, contato afetivo. Sendo assim, as respostas obsessivo-compulsivas podem ocorrer sob controle de reforçamento positivo e negativo, tendo configurações de contingências bastante complexas.

Na análise do comportamento de um indivíduo com queixa de TOC, é possível perceber o déficit de algumas habilidades, dado que muitos indivíduos com este transtorno tem dificuldades interpessoais e déficits nos repertórios sociais, tais como habilidades na resolução de problemas, na forma de lidar com situações de estresse e/ou de frustração. Esses déficits de habilidades são resultado das dificuldades trazidas pelo comportamento obsessivo-compulsivo e em determinados casos pode-se observar que o déficit é um dos principais elementos envolvidos na gênese e manutenção do problema. Com a perda de relacionamentos satisfatórios e a diminuição de oportunidades profissionais pode ocorrer o agravamento do quadro clínico do paciente (VERMES e ZAMIGNANI, 2002).

A análise das variáveis envolvidas na instalação e manutenção de comportamentos obsessivos é importante para que as práticas terapêuticas, como a técnica de exposição com prevenção de respostas sejam eficazes. Ainda que o terapeuta só tenha a possibilidade de agir sobre parte das contingências mantenedoras do problema, o conhecimento da história pode informar sobre tentativas anteriores de sua solução e sobre padrões de comportamento do cliente e suas consequências reforçadoras ou aversivas (VERMES e ZAMIGNANI, 2002).

O argumento mais plausível a favor deste modelo é o grande aumento da aflição observado quando os pacientes deixam de executar os rituais ou entram em contato com as situações ou objetos evitados, ou seja, o alívio que os pacientes sentem ao executar os rituais têm implicações importantes e podem auxiliar nas estratégias de tratamento. Contudo o modelo comportamental não encontra suporte para a hipótese de um condicionamento clássico na origem dos sintomas obsessivo-compulsivos (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011). Ele também não inclui os fatores de ordem biológica, desconsidera o papel das crenças disfuncionais e seu papel de moduladoras da necessidade de executar ou não os rituais (CORDIOLI, 2004).

3.4 Modelo cognitivo-comportamental

Aaron Beck, na década de 1960, desenvolveu o modelo cognitivo da depressão, que evoluindo, resultou em um novo sistema de psicoterapia, que seria chamado de Terapia Cognitiva (BECK, 2013). Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações distorcidas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro, a chamada tríade cognitiva (KNAPP e BECK, 2008).

No TOC, também foi possível perceber que o indivíduo tem sua capacidade de percepção de si mesmo, do ambiente e de suas perspectivas futuras prejudicadas pelas distorções dos pensamentos característicos desta patologia. Nestes casos estas distorções levam a uma superestimativa de riscos, além de subestimação dos próprios recursos pessoais e do ambiente para lidar com esses riscos (PEREIRA e RANGÉ, 2011).

O modelo cognitivo parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos. Assim, a forma como o indivíduo interpreta tais eventos influencia na forma como ele se sente e se comporta (BECK, 2013; PEREIRA e RANGÉ, 2011).

Através deste modelo, Beck e outros autores conseguiram adaptar a terapia cognitiva a outros tipos de transtornos. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, contudo os pressupostos teóricos permaneceram constantes. Essa nova forma de terapia foi chamada de terapia cognitivo-comportamental e, por isso os termos “terapia cognitiva” e “terapia cognitivo-comportamental” são utilizados, atualmente, como sinônimos (BECK, 2013).

O modelo cognitivo-comportamental tem sido considerado o modelo psicológico do TOC que tem maior base empírica (ABRAMOWITZ, TAYLOR E MCKAY, 2009 apud CORDIOLI e BRAGA, 2011). Este modelo propõe que as obsessões e compulsões surgem de crenças disfuncionais e a intensidade da crença está relacionada ao risco de uma pessoa desenvolver sintomas obsessivo-compulsivos (RACHMAN, 1997 e 1998; SALKOVSKIS, 1985 apud CORDIOLI e BRAGA, 2011).

A base para o modelo cognitivo-comportamental é a suposição de que as intrusões cognitivas indesejáveis, tais como pensamentos desagradáveis, imagens e impulsos que invadem a consciência, são experimentados pela maioria das pessoas e tem conteúdo semelhante às obsessões clínicas (RACHMAN e SILVA, 1978 apud CORDIOLI e BRAGA, 2011). A maioria das pessoas que experienciam uma intrusão percebem-na como algo

desagradável, sem sentido e sem implicação de dano associada. Contudo, para as pessoas que tem TOC, uma intrusão pode transformar-se em obsessão, pois ela vivencia a imagem. A interpretação dos pensamentos e imagens que ela vivencia gera angústia e motiva o indivíduo a suprimir ou afastar as intrusões indesejáveis. Portanto, as compulsões passam a ser persistentes e excessivas, pois são reforçadas pela redução imediata da ansiedade e pelo afastamento por determinados momentos do pensamento indesejável e ainda impedem que o indivíduo aprenda que suas avaliações não são reais (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

O modelo cognitivo-comportamental sugere que os pensamentos intrusivos fazem parte da atividade cognitiva normal das pessoas, sendo os diversos estímulos e o contexto circunstancial, os ativadores destes pensamentos ao longo do dia. São neutros para a maior parte das pessoas e desaparecem espontaneamente. Contudo, os indivíduos com TOC têm pensamentos intrusivos que se transformam em obsessões em razão de avaliações e interpretações errôneas e negativas a eles associadas. Estas avaliações erradas, em forma de pensamentos, são as responsáveis pelo medo, ansiedade e/ou culpa e por forçarem o indivíduo a adotar medidas para afastar ou eliminar a ameaça percebida através de rituais, evitações, neutralizações e hipervigilância. (RACHMAN, 1997; SALKOVSKIS, 1998; CLARK, 2007 apud CORDIOLI, 2014).

O alívio que se obtém com a execução dos rituais e com os comportamentos de evitação, reforça a necessidade de executá-los, valida as crenças distorcidas e perpetua os sintomas obsessivos compulsivos. As crenças disfuncionais como excesso de risco e responsabilidade, incerteza, acreditar no poder do pensamento e o perfeccionismo, são desencadeadoras das obsessões, fazendo com que indivíduo faça avaliações distorcidas dos pensamentos intrusivos (RACHMAN, 1997; SALKOVSKIS, 1998; CLARK, 2007 apud CORDIOLI, 2014).

Em meados dos anos 90, um grupo de pesquisadores se reuniu em várias ocasiões, para avaliar quais seriam as crenças disfuncionais do TOC e descrevê-las. Em um primeiro momento foram propostos seis domínios de crenças que poderiam levar à interpretação errônea dos pensamentos intrusivos. São eles: responsabilidade exagerada, importância exagerada dos pensamentos, importância de controlar os pensamentos, exacerbação do risco, intolerância à incerteza e perfeccionismo (OCCWG, 1997 apud CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Este modelo proposto apresentava maior flexibilidade para se adaptar à heterogeneidade do TOC, tendo grande impacto nas pesquisas nos anos seguintes e na elaboração de instrumentos de pesquisa. Com o avanço das pesquisas, outros estudos

sugeriram a sobreposição de conteúdos em alguns desses domínios, havendo ainda, controvérsias sobre o número de domínios. Uma reanálise recente propôs a redução de seis domínios para três: responsabilidade e estimação de risco, importância e controle dos pensamentos e, perfeccionismo e intolerância a incerteza (OCCWG, 2005 apud CORDIOLI, 2014).

A responsabilidade é a crença de que a pessoa tem o poder decisivo para impedir ou provocar um evento negativo, tendo total responsabilidade pelo seu desfecho. Estas avaliações disfuncionais são responsáveis pelo início e persistência dos sintomas obsessivos, por resultarem em respostas de medo, ansiedade e culpa que consequentemente fazem com que o indivíduo realize atos compulsivos ou rituais e neutralizações com o objetivo de reduzir a ameaça para si e para os outros (SALKOVSKIS, 1985, 1989, apud CORDIOLI 2014).

A avaliação exagerada do risco faz com que a pessoa tenha uma visão superestimada de que algo catastrófico aconteça (OCCWG, 1997 apud CORDIOLI, 2014). Exagerar o risco tem uma dimensão grande, que muitas vezes se sobrepõem ao excesso de responsabilidade (OCCWG, 2005 apud CORDIOLI, 2014).

A dificuldade em lidar com a possibilidade de que eventos catastróficos possam ocorrer, faz com que muitos indivíduos apresentem intolerância à incerteza (OCCWG, 1997 apud CORDIOLI, 2014). Esta crença disfuncional relaciona-se com a de responsabilidade excessiva e ao perfeccionismo, dado que os indivíduos com TOC acreditam que tendo certeza, não cometem falhas (CORDIOLI, 2014).

Os indivíduos com TOC tendem a acreditar que existe uma solução perfeita para cada tipo de problema, e que erros, por menores que sejam, podem resultar em consequências sérias. A pessoa comporta-se de forma a seguir várias exigências e ser intolerante às falhas. Essas crenças disfuncionais levam ao perfeccionismo (OCCWG, 1997, RHÉAUME, 1995 apud CORDIOLI, 2014).

Segundo Cordioli (2014), os pensamentos para indivíduos com TOC são extremamente importantes. Se eles acarretam em más ações, o indivíduo conclui que é preciso controlá-los. Quando a pessoa falha nesse controle, ocorrem interpretações negativas e ela acredita que essa falta de controle pode ter consequências morais ou comportamentais.

4 Tratamentos para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo

A utilização de medicamentos e a terapia cognitivo-comportamental são as formas mais indicadas para pacientes com TOC, pois melhoram significativamente o prognóstico do transtorno (CORDIOLI, 2014; FORMIGA *et al*., 2012; ROSARIO-CAMPOS, 2001). Desde a década de 70, diversos estudos demonstram que a terapia de base cognitivo comportamental é a mais eficaz na melhora de 60 a 85% dos pacientes (PRAZERES, SOUZA e FONTENELLE, 2007). Portanto o objetivo deste capítulo é descrever tais formas de tratamento.

4.1 Farmacoterapia

As terapias farmacológicas e comportamentais mostraram-se eficazes para o tratamento do TOC. Uma das descobertas é que os sintomas podem ser diminuídos ou eliminados com o grupo de medicamentos que aumentam a serotonina nas sinapses nervosas, por meio de inibição e receptação dentro do neurônio. Esta eficácia da farmacologia no transtorno obsessivo-compulsivo foi comprovada em estudos clínicos (LOVATO e CORDIOLI, 2014; RIGGS e FOA, 1999; SADOCK e SADOCK, 2008).

De acordo com Lovato e Cordioli (2014), a clomipramina é um eficaz fármaco antiobsessivo descoberto na década de 70. Comprovou-se, também, nos anos 80 e 90 a eficácia dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, os ISRS (fluoxetina, paroxetina, citolapram, sertralina e estalopram). Os medicamentos que intervêm nas vias dopaminérgicas e glutamatérgicas também estão em testes e alguns já são utilizados como tratamento adjuvante no transtorno. No atual momento, esses medicamentos prevalecem e associam-se a terapia cognitivo-comportamental e são considerados tratamentos de primeira linha do TOC.

A medicação é indicada principalmente quando o paciente apresenta sintomas graves que prejudicam seus relacionamentos interpessoais; quando as obsessões são predominantes e não estão sendo acompanhadas de compulsões; na existência das comorbidades; em pacientes desmotivados ou que não se adaptam a terapia cognitivo-comportamental. Cabe aqui ressaltar que o ideal é usar os fármacos em conjunto com a terapia cognitivo-comportamental (LOVATO e CORDIOLI, 2014).

Lovato e Cordioli (2014) destacam que a forma do uso da medicação pode se iniciar com doses baixas, para que o paciente tenha uma tolerância, e essas doses vão sendo aumentadas gradualmente no período de quatro a cinco semanas até atingirem os níveis propostos. Os efeitos colaterais como náuseas, dor de cabeça, dor abdominal, sudorese

noturna, diarreia, queda de pressão arterial, constipação intestinal, ganho de peso, retenção urinária, confusão mental, sonolência, insônia, inquietude e até mesmo a disfunção sexual devem ser observados e se forem intensos, as doses dos medicamentos devem ser diminuídas.

Apenas a utilização de medicamentos como tratamento pode não trazer bons resultados, pois a melhora tende a ser incompleta, dado que a redução dos sintomas na maioria das vezes é parcial e dificilmente desaparecem por completo. Portanto, é aconselhável que os medicamentos para o transtorno sejam associados à terapia cognitivo-comportamental, essa adição é um dos primeiros recursos, e talvez o mais efetivo segundo os autores. Estudos indicam que quando à terapia cognitivo-comportamental são agregados os fármacos, os resultados de melhora e controle dos sintomas são superiores em relação a um só tratamento (LOVATO e CORDIOLI, 2014).

4.2 Terapia cognitivo-comportamental

4.2.1 O início do processo

Uma das finalidades da terapia cognitivo-comportamental no tratamento para o TOC é mudar a concepção do paciente sobre as obsessões, evitar a neutralização e permitir que o indivíduo se habitue aos pensamentos obsessivos. Desta forma, a frequência e a duração dos pensamentos, e o consequente mal estar, diminuirá. O objetivo do tratamento é oferecer uma melhor qualidade de vida a esse paciente (FREESTON e LADOUCEUR, 2011).

O início do tratamento cognitivo comportamental consiste na realização da coleta de dados para avaliação do paciente através da entrevista inicial que é semiestruturada, sendo estas as ferramentas empregadas para estabelecer diagnóstico ou não do TOC, bem como saber as comorbidades envolvidas. Torna-se necessário avaliar a capacidade do paciente de lidar com a ansiedade, confirmando sua adesão ao tratamento. É necessário esclarecer e obter informações sobre o surgimento dos sintomas (idade), se eles são estáveis ou flutuantes, se estão associados a uma patologia física, levando em consideração os primeiros sintomas manifestados e seus desencadeadores, sendo os fatores genéticos e ambientais eminentes para a entrevista. A seguir investiga-se a história da doença, identificando os sintomas obsessivo-compulsivos e seu funcionamento cognitivo, como os tipos de obsessões e compulsões, rituais mentais, comportamentos associados (esquiva, lentificação, postergação, busca de reasseguramentos) pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. É necessário conseguir

informações acerca de tratamentos já realizados, tanto medicamentosos como psicoterápicos (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

As dúvidas do paciente são comuns, e devem ser esclarecidas antes do início da terapia, para não haver desistências e abandonos. É preciso avaliar o quanto o paciente está motivado para a mudança que o tratamento lhe exigirá, inclusive, com relação à disponibilidade de tempo para comparecer às sessões e para realização dos exercícios (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

O estabelecimento do vínculo com o terapeuta e os primeiros contatos é muito importante para o início do tratamento. O terapeuta deve apresentar empatia, cordialidade e interesse em ajudar, para que possa obter a confiança do paciente e a aceitação da proposta de tratamento que implica, em um primeiro momento, em aumento imediato de sua aflição e sofrimento (CORDIOLI, 2004; WIELENSKA, 2001).

Para o início do processo, as informações básicas sobre o TOC e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental devem ser passadas ao paciente, pois o indivíduo deve ter uma participação ativa no tratamento, tanto na elaboração da lista de sintomas na fase inicial, quanto na manutenção dos ganhos obtidos com a terapia. Deve-se esclarecer o que é TOC, o que são obsessões, compulsões e evitações, o curso e o prognóstico deste transtorno, além de especificar o quanto ele pode interferir no desempenho profissional, nas relações interpessoais e familiares, e os tratamentos disponíveis (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Clark e Beck (2012) ressaltam que é importante psicoeducar o paciente, ou seja, oferecer-lhe informações básicas sobre o TOC e os fundamentos da terapia. Esse procedimento facilita na sua adesão ao tratamento, dado que a redução nos sintomas obsessivos ou compulsivos é melhor alcançada quando o indivíduo consegue reconhecer os sintomas e avaliá-los para poder controlá-los. O terapeuta deve informar ao paciente a natureza de seus sintomas, o que pode estar colaborando para que estes estejam sendo mantidos e como o tratamento poderá ajudá-lo.

O terapeuta deve esclarecer ao paciente a influência dos pensamentos e crenças na realização de rituais e evitações, e sobre as estratégias de neutralização que provocam alívio imediato e, contudo contribui para a continuação do transtorno. É importante salientar como a terapia pode provocar a redução dos sintomas, e como são as sessões da terapia (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

A participação dos familiares é de suma importância para o tratamento, pois caso estes não compreendam o que é o TOC e como é feito o tratamento, acabam por dificultá-lo. Por isso, é conveniente que as informações passadas ao paciente também sejam dadas aos

familiares e as possíveis dúvidas esclarecidas, para que estes não reforcem rituais e evitem críticas caso ocorram recaídas. O paciente deve expressar a sua decisão em realizar o tratamento (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Após o paciente aceitar iniciar a terapia, tendo o conhecimento sobre o transtorno que possui, é preciso que este elabore uma lista de sintomas. O terapeuta irá auxiliá-lo a reconhecer obsessões, compulsões ou rituais, distinguindo-os de pensamentos e comportamentos considerados normais. Se possível, o terapeuta também pode pedir para familiares próximos para descrever os sintomas que observem, mas que o paciente muitas vezes não os percebem (CORDIOLI, 2004).

A lista de sintomas é elaborada inicialmente pelo paciente juntamente com o terapeuta a partir de um check-list, na qual o terapeuta mostra as diferenças entre sintomas obsessivos e sintomas compulsivos. Esclarecidas as dúvidas, o paciente deve terminar em casa o preenchimento da lista. Deve-se orientar o paciente a acrescentar no check-list os sintomas que não constem no questionário (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Uma vez elaborada a lista, o paciente deve classificar o grau de desconforto e ansiedade, classificando cada sintoma com a numeração de zero a quatro. Feito isso, o paciente deve criar três listas separadas por sintomas com grau de ansiedade leve (pontuação 1 e 2), sintomas com grau de ansiedade moderada (pontuação 3) e sintomas com grau de ansiedade grave (pontuação 4). Estas três listas irão facilitar o planejamento do tratamento, e é o que direciona e que fornece os indícios sobre a evolução do paciente (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

No início do tratamento também é importante a utilização de um diário de sintomas, cujo objetivo é o paciente identificar os horários, as situações e os locais nos quais sua mente é invadida por obsessões, e o indivíduo é compelido a executar rituais ou evitar o contato com objetos e pessoas. Esta técnica delimitará os horários ou situações críticas, facilitando o planejamento de estratégias para enfrentá-los, e também contribuirá para que o paciente desenvolva o hábito de se automonitorar (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Para avaliar a gravidade dos sintomas é importante utilizar de outros instrumentos padronizados, como escalas. As informações obtidas através destas, são relevantes para o desenvolvimento de um plano terapêutico (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

Para ajudar na avaliação dos sintomas e diagnóstico do transtorno, a Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsiva (Y-BOCS) é muito utilizada, ela demonstra um panorama geral da sintomatologia obsessivo-compulsiva avaliando a gravidade atual do TOC, adotada como instrumento padrão na avaliação. É uma escala de entrevista semiestruturada de 10 itens

que estima a gravidade das obsessões e compulsões independentes do conteúdo ou número de sintomas. Ela é uma importante ferramenta para verificar a efetividade dos tratamentos farmacológicos e comportamentais do TOC (FREESTON e LADOUCEUR 2011).

Outros instrumentos de avaliação são recomendados por Freeston e Ladouceur (2011) como o Inventário de Pádua e o Inventário Obsessivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI). Segundo os autores, o Inventário de Pádua possui sessenta itens sobre a sintomatologia obsessivo-compulsivo, e quatro escalas que vão avaliar o controle mental, contaminação, comprovação e impulsos e preocupações com a perda de controle. O Inventário Obsessivo-Compulsivo de Clark-Beck (CBOCI) é um questionário auto aplicado de 25 itens, consistindo de 14 itens que avaliam aspectos de diagnóstico e conteúdo das obsessões e 11 itens que avaliam as compulsões.

4.2.2 As sessões da terapia

As sessões de terapia cognitivo-comportamental no TOC são constituídas e focadas nos problemas e sintomas do transtorno, e os instrumentos que ajudam no tratamento são: exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de auto monitoramento e a execução de tarefas juntamente com o terapeuta (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

A primeira sessão tem como objetivo estabelecer contato terapêutico, fornecer modelos dos pensamentos obsessivos que serão empregados ao longo do tratamento, explicar a dinâmica e os objetivos do tratamento fazendo com que o paciente torne-se ativo neste processo. É importante salientar que o modelo é adaptado segundo cada paciente (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

A segunda e terceira sessão tem como objetivo certificar e comprovar se o modelo estabelecido foi compreendido. Nessas sessões acrescentam-se detalhes relevantes, que preparará o paciente para o seguimento do tratamento, no qual emprega-se a utilização da técnica de exposição e prevenção de resposta (CORDIOLI, 2004; FREESTON E LADOUCEUR, 2011). Cordioli (2004) destaca que a cada sessão as tarefas de casa são reavaliadas, as que estão controladas são substituídas por outras e assim por diante até que toda lista de sintomas tenha sido percorrida.

Segundo Freeston e Ladouceur (2011) as sessões têm o objetivo de proporcionar explicações adequadas para o indivíduo com o transtorno, fazendo assim, com que ele entenda as obsessões e o papel da neutralização, e neste percurso o paciente com TOC é preparado

para a exposição e a prevenção de respostas. Os medos e exageros são corrigidos e estratégias são preparadas para quando acontecer as recaídas. A estrutura do tratamento é padronizada, e cada paciente recebe os componentes do tratamento de acordo com sua individualidade, pois há alterações no tratamento de acordo com características próprias de cada paciente.

De uma forma geral o tratamento é rápido, com duração de três a seis meses, contendo sessões semanais, com duração de uma hora, e à medida que os sintomas diminuem as sessões também vão ficando mais escassas, com intervalos maiores. É recomendado fazer sessões periódicas de reforço durante algum tempo, após o término do tratamento (CORDIOLI, 2004).

A seguir serão descritas as técnicas comportamentais e cognitivas que podem ser utilizadas pelo terapeuta como recurso para intervenção dentro das sessões ou fora delas.

4.3 Técnicas Comportamentais

4.3.1 Exposição e Prevenção de Resposta (EPR)

Exposição refere-se ao contato direto ou imaginário com objetos, lugares, pessoas, pensamentos, cenas, palavras etc. A evocação dos pensamentos é intencional, eles devem ser mantidos na mente sem tentar o afastamento. A prevenção de resposta é o impedimento de realizar rituais ou atos, manifestos ou encobertos (rituais mentais), ou quaisquer outras formas destinadas a aliviar ou neutralizar os medos associados às obsessões, ou seja, é a quebra entre estímulos e respostas aversivos com os pensamentos intrusivos. Exposição e prevenção de respostas são técnicas efetivas para o tratamento do TOC, cujo objetivo é a redução da ansiedade e desconforto. Quando se dá importância aos pensamentos e comportamentos obsessivos a ansiedade tende a aumentar, posteriormente ela diminui empregando a neutralização que tem o papel de um elemento tranquilizador, então a importância dada ao pensamento e comportamento vai diminuindo gradualmente tanto na intensidade como na frequência (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011; FREESTON E LADOUCEUR, 2011).

A exposição pode ser feita com o paciente tendo contato direto com objetos, locais ou situações externas da vida real ou internas como pensamentos, imagens dentre outros, dá-se então o nome de exposição ao vivo. O paciente será orientado a manipular e tocar em objetos sujos que serão expostos, e também será conduzido a pensamentos supersticiosos e indesejáveis, como pronunciar determinadas palavras (câncer, demônio, morte), da mesma

forma é conduzido a usar roupas com cores que podem trazer “azar” segundo sua concepção (CORDIOLI, 2014).

Segundo Cordioli (2014), a exposição também pode ser por imaginação através da evocação intencional de pensamentos impuros. Cenas e imagens com conteúdo aversivo podem ser empregadas, sendo esta uma alternativa utilizada quando não é possível a exposição direta a obsessões de conteúdo repugnante (agressivos, sexual ou blasfemo). O paciente é solicitado a imaginar com detalhes a cena que lhe é repulsiva, pedindo para que ele descreva uma pequena história o mais vivível possível, em especial de pensamentos impróprios (por exemplo: abusar sexualmente de alguém, esfaquear o namorado). Posteriormente o paciente deve ler repetitivamente e até mesmo ouvir através de uma gravação sua história, porém essa história deve ter duração curta, de 3 a 5 minutos. A exposição pode ocorrer também por fotos, sendo o paciente convidado a manusear imagens com conteúdo que lhe cause desconforto como, por exemplo: se o paciente tiver medo de leptospirose, ele é convidado a ver e tocar fotos de ratos. A habituação é a diminuição espontânea e progressiva das respostas a um estímulo nocivo, é o mecanismo que faz com que os pacientes percam seu medo de uma forma natural, sendo o objetivo da habituação, facilitar a adesão e correção de crenças relacionadas à auto-eficácia.

Riggs e Foa (1999) descrevem que as técnicas de exposição são efetivas na melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos. Entretanto as exposições de longa duração apresentam resultados superiores em comparação com os de curta duração, sendo indicado que conserve a exposição até que o desconforto e a aflição desapareçam por completo. Os autores Cordioli e Braga (2011), assinalam que o paciente deve estar em concordância com a escolha das tarefas e evocação dos pensamentos, ele deve acreditar que está capacitado a realizar as tarefas propostas. Os familiares e pacientes devem conscientizar-se sobre a importância de não antecipar as tarefas e os sintomas mais graves, pois pode não suportar a ansiedade, por não estar preparado para a exposição, e como consequência negativa o paciente pode fracassar nesta tentativa e se desmotivar. É fundamental que o terapeuta oriente o paciente de que todos os sintomas devem ser relatados no auto registro, principalmente os de leve intensidade e frequência. Alguns pacientes descrevem apenas os sintomas graves, porém os leves são de extrema importância tanto no início quanto no fim do tratamento, pois quando o paciente identifica e extingue os sintomas leves, tem a capacidade e confiança para lidar com os moderados e graves.

A técnica de exposição e prevenção de respostas têm como função provocar alívio da ansiedade, e de impossibilitar o seu aparecimento nos rituais e nas evitações. Inicialmente as

técnicas provocam um aumento na ansiedade que vai diminuindo a cada execução de exercício proposto, desaparecendo por completo em razão do processo de habituação (CORDIOLI, 2014).

De acordo com Cordioli e Braga (2011) a exposição e prevenção de resposta são de difícil aplicação em pacientes que apresentam predominantemente obsessões acompanhadas ou não de rituais, principalmente os pensamentos de conteúdo indesejáveis ou repugnantes. É importante que o paciente entenda que os pensamentos de conteúdo repugnante invadem o fluxo de pensar de quem é diagnosticado com TOC e de quem não é portador do transtorno obsessivo-compulsivo. Esses pensamentos não indicam um aumento na probabilidade da prática, pois entre pensar e agir existe uma série de etapas, tais como: sentir vontade, desejar, planejar para depois agir. Ao tentar afastar esses pensamentos eles apenas aumentarão de frequência e intensidade, é comum que os pacientes com TOC sintam-se culpados por somente terem pensado. O objetivo do tratamento não é deixar de ter pensamentos impróprios ou inaceitáveis, mas fazer com que eles deixem de ter importância e valor para o paciente.

4.3.2 Modelação

Esse procedimento ocorre quando o terapeuta executa um comportamento desejado na frente do paciente, como forma de encorajá-lo a fazer o mesmo. A modelação é de grande eficácia no início do tratamento, na qual o terapeuta realiza exercícios de demonstração para o paciente e com o paciente. Quando a exposição é realizada na presença de alguém, ocorre a redução do medo e da ansiedade por parte do paciente, pois a aprendizagem de muitos comportamentos acontece pelo ato da observação de outras pessoas na execução de tarefas, na qual tememos e que nos parecem impossíveis de realização. O terapeuta deve ter em seu consultório uma caixa contendo objetos “sujos” ou “contaminados” para que o paciente possa fazer o manuseio, o profissional pode sugerir ao paciente que toque nas solas do sapato e posteriormente nas roupas, sem ter que lavar as mãos imediatamente. Esses exercícios servem para ilustrar de forma didática o fenômeno de habituação e, após o término da sessão é indicado que o paciente aguarde na sala de espera por até duas horas, para garantir que o impulso de executar rituais foi realmente superado (CORDIOLI,2004; CORDIOLI, 2014; CORDIOLI E BRAGA, 2011).

Cordioli (2014) ressalta que os portadores do transtorno obsessivo-compulsivo apresentam déficits em diferentes funções neurocognitivas, tais como focalizar a atenção, tomada de decisões (decidir quando interromper o ritual), planejamento de curto e longo

prazo e confiança na memória, entre outros. Para esses pacientes a modelagem é de extrema importância.

Modelação é a aprendizagem de um novo comportamento, portanto após cada exercício praticado pelo terapeuta é demandado que o paciente repita a ação, respeitando seus limites é claro. Caso o paciente consiga é preciso elogiá-lo destacando sua capacidade de superação. Incentivos e elogios do terapeuta são importantes reforços para futuras exposições na sua ausência. A modelação pode ser trabalhada com pacientes graves na terapia acompanhada a domicílio, tanto pelo terapeuta quanto por familiares e acompanhantes. Após o terapeuta estabelecer o tempo adequado para a efetivação de todas as tarefas, ele orienta aos familiares para que saibam sinalizar tempos excedidos das tarefas e a reforçar quando o comportamento se aproximar do que foi combinado previamente entre o paciente e o terapeuta nas sessões (CORDIOLI, 2014).

4.4 Técnicas Cognitivas

As técnicas cognitivas indicadas para o TOC são adaptações das técnicas descritas por Beck, para o tratamento da depressão, e por Clark, para o tratamento da ansiedade. O objetivo da técnica cognitiva é, principalmente, corrigir as crenças disfuncionais associadas aos sintomas obsessivos compulsivos (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

O primeiro passo a ser dado é o treinamento do paciente na identificação de pensamentos catastróficos ou negativos que se apresentam juntamente com as obsessões e de crenças implícitas aos sintomas. Para isso podem ser utilizados exercícios iniciados no consultório e estendidos ao cotidiano da pessoa. Algumas questões podem auxiliar na identificação dos pensamentos negativos tais como: Que pensamentos ocorreram em determinada situação? Que tipo de emoção a pessoa sentiu? Como que foi interpretado o pensamento invasivo? Quais as reações a estes pensamentos? O que sentiu ao executar rituais ou evitações? (CORDIOLI, 2004).

É importante que o paciente associe as crenças específicas ao domínio a que pertence. A supervalorização do risco, por exemplo, pode associar-se ao comportamento evitativo de sentar em um banco por medo de contrair doenças. Essa associação pode ser feita através de diversas técnicas tais como busca de evidências e explicações alternativas, torta da responsabilidade, questionamento do duplo padrão, duas teorias, questionamentos específicos para cada domínio de crenças e testes comportamentais (CORDIOLI, 2004; CORDIOLI e BRAGA, 2011).

A técnica da busca de evidências e explicações alternativas leva o paciente a questionar se há possibilidade de que o que passa pela sua mente ou seus medos têm algum fundamento e, se existe uma explicação alternativa como o fato de possuir algum transtorno. Esta técnica ajudará o paciente a discernir sobre seus medos e se estes não ocorrem devido ao fato do paciente ser portador do TOC. O paciente pode contar ainda com a ajuda da opinião de seus familiares sobre seus medos, e como estas outras pessoas se comportariam em situações semelhantes, e qual é a sua crença errônea (CORDIOLI, 2004).

Uma das formas de mudar uma interpretação errônea de um sintoma, situação ou pensamento é ajudar o paciente a construir e testar uma explicação alternativa coerente, menos ameaçadora, de forma a modificar como a pessoa interpreta a ocorrência e o conteúdo dos pensamentos e impulsos intrusivos. Essa construção colabora para que o paciente encare os pensamentos e impulsos de forma realística, e o terapeuta pode sugerir a testagem das explicações alternativas. Esta técnica é chamada técnica das duas teorias (CORDIOLI, 2004).

Para corrigir as crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade pode ser utilizada a elaboração da chamada torta da responsabilidade. O terapeuta pede ao paciente que faça uma lista com os fatores que podem influir no acontecimento de algo catastrófico, como doenças, acidentes, morte e atribuir-lhes percentuais e por último uma estimativa da própria responsabilidade. Através da torta desenhada, é feita uma análise dos percentuais dados a cada um dos prováveis fatores e a si próprio, devido o paciente considerar ser o único e exclusivo responsável. Tal exercício contribuirá na identificação e correção do pensamento dicotômico (tudo ou nada) e a fazer com que o paciente compreenda que vários fatores em diferentes graus, podem estar envolvidos em um acontecimento catastrófico, e que é impossível ter o controle sobre todos estes fatores e eliminar todos os riscos (CORDIOLI, 2004).

Outra forma de corrigir crenças distorcidas é indicar ao paciente que as teste na prática. O terapeuta pode pedir que ele descreva um erro e questioná-lo sobre as consequências que imagina que possa acontecer. Depois o paciente deverá experimentar na prática e comparar se o que aconteceu era o que havia imaginado (CORDIOLI, 2004).

Os pacientes com TOC tendem a exagerar as consequências negativas da responsabilidade, pensando muitas vezes no julgamento das outras pessoas. Sendo assim, pode-se utilizar com estes pacientes a técnica do duplo padrão, que consiste em fazer com que ele pense como se outra pessoa estivesse em seu lugar e qual seria o julgamento que ele faria (CORDIOLI, 2004).

Tanto a terapia cognitiva do TOC, quanto a TCC de modo geral é ampla e possibilita ao terapeuta escolher o que considera melhor para trabalhar com o paciente. Contudo, é

preciso ter cuidado ao utilizar as técnicas cognitivas com pacientes perfeccionistas que tem a necessidade de ter certeza, dado que estes usam os questionamentos de forma excessiva (compulsiva). As técnicas cognitivas têm como objetivo ajudar os pacientes na adesão às tarefas da EPR, pois facilitam na investigação das interpretações maladaptativas (CORDIOLI e BRAGA, 2011).

4.5 Alta, acompanhamento e prevenção de recaídas

Ao final da terapia, ao passo que a maioria dos sintomas tenham sido eliminados, pode-se aumentar o período entre as sessões, e posteriormente a alta. Por se tratar de um transtorno crônico em que podem ocorrer recaídas é preciso que nesta reta final o terapeuta ajude o paciente a desenvolver habilidades para preveni-las (CORDIOLI, 2004).

Estudos desenvolvidos sobre as recaídas e da sua prevenção no TOC encontram-se em etapas inicias. Por isso é importante que o paciente tenha mais tempo entre as últimas sessões, para que através da existência ainda do vínculo com o terapeuta, o paciente possa ter segurança ao reagir, quando novas situações ocorrerem, e poder compartilhar seus ganhos ou pedir orientações. É importante que o terapeuta explique sobre os sintomas residuais que o paciente pode esperar ter, sendo que estes são comuns na fase de mudança, mas que o paciente é capaz de enfrentá-los (FREESTON e LADOUCEUR, 2011).

Os sintomas residuais são episódios isolados, por exemplo, de realizações de rituais ou evitações de curta duração que ocorrem por distração, descuido ou falha nas estratégias de autocontrole. Por isso, no final do tratamento é preciso orientar o paciente para que ele possa utilizar estratégias para evitar as recaídas, e reforçá-las em sessões de acompanhamento após a alta (CORDIOLI, 2004).

As últimas sessões da terapia devem ser direcionadas à prevenção de recaídas, na qual o terapeuta pode ajudar o paciente a criar estratégias a partir da identificação de situações de risco para realização de rituais ou para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos. O paciente deve ser encorajado a desenvolver mudanças de estilo de vida com objetivo de sempre questionar seu medo e evitação, e não deixar que estes continuem fazendo parte de seu cotidiano. A participação em grupos ou associações de portadores de TOC também deve ser recomendada pelo terapeuta (CLARK e BECK, 2012, CORDIOLI, 2004).

4.6 Terapia em grupo para o TOC

A terapia cognitivo-comportamental para indivíduos com TOC também pode ser realizada em grupo. Muitas pesquisas demonstram que a terapia em grupo é eficaz, reduzindo significativamente os sintomas obsessivo-compulsivos, principalmente em crianças e adolescentes, dado que esta parcela da população tem mais resistência à terapia individual, principalmente com relação às tarefas propostas para a casa. Essa abordagem produz um bom resultado para os pacientes, tendo em vista que as crenças disfuncionais e os pensamentos automáticos são ativados, compartilhados com as outras pessoas e modificados através das técnicas cognitivas e da modelagem (BRAGA, 2004).

Com custos menor que o da terapia individual, e com a falta de disponibilidade desta, principalmente em serviços públicos de saúde, a terapia em grupo tem ajudado muitas pessoas com menor poder aquisitivo que não podem pagar por um tratamento individual. Além das vantagens de permitir o tratamento de um número maior de pacientes a TCC em grupo faz uso dos fatores grupais acreditando-se que tais fatores podem influenciar os resultados do tratamento e facilitar a capacitação de novos profissionais (BRAGA, 2004).

Um estudo realizado por Asbahr e colaboradores (2005, ANGELOTTI e FORTES, 2007) demonstrou que a terapia cognitivo-comportamental em grupo pode ser uma alternativa viável à terapia medicamentosa com sertralina, com alívio dos sintomas em uma parcela significativa das crianças e adolescentes que participaram da pesquisa.

Outro estudo, realizado por Cordioli e colaboradores (2002, ANGELOTTI e FORTES, 2007) resultou na elaboração de uma forma de tratamento grupal que incluía estratégias cognitivas e a técnica de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), com duração de 12 sessões, com cerca de seis pacientes por grupo. Neste estudo, os resultados foram bastante satisfatórios, sendo que 78,1% dos 32 pacientes mostraram melhora de pelo menos 35% na gravidade do TOC conforme mensuração da Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown.

Diante do exposto, é possível perceber que a terapia em grupo pode ser uma forma mais eficaz no tratamento de crianças e adolescentes. É também uma alternativa economicamente mais viável e, que também pode ser importante para que o indivíduo conheça outras pessoas que tenham o transtorno, na qual pode influenciar em melhores resultados em seu tratamento.

5 Considerações finais

O presente estudo pretendeu delimitar as principias causas, sintomas e formas mais eficazes de tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Foi feita uma revisão bibliográfica tomando por base o que foi publicado sobre o tema, na literatura psiquiátrica e da psicologia com ênfase na terapia cognitivo-comportamental.

Inicialmente, o TOC era um transtorno considerado raro e muitas vezes associado à loucura. Isto pode ter gerado uma aversão às pessoas, que sentiam medo e vergonha de seus pensamentos e comportamentos, tentando encobri-los, havendo apenas uma pequena minoria de pacientes que se queixavam dos sintomas correspondentes ao transtorno.

Com os avanços da psiquiatria e um novo olhar sobre os transtornos mentais, o TOC ganhou novas definições. Houve uma maior divulgação sobre o tema, o que incentivou as pessoas a procurarem ajuda. Com o aumento do número de casos, foi possível perceber que o transtorno é comum.

As pesquisas demonstram que o transtorno é o quarto diagnóstico mais comum e que afeta 2 a 3% da população. Com o apoio destas estatísticas é possível perceber que este transtorno afeta muitos indivíduos. Vale ressaltar ainda, que várias outras pessoas podem ter o transtorno e não ter sido diagnosticadas, seja pela falta de estrutura da rede de saúde ou até mesmo pelo fato destes indivíduos só procurarem ajuda quando não conseguem mais conviver com os sintomas, levando em média de 6 a 17 anos para procurarem um médico.

Os sintomas do TOC tem sido cada vez mais delimitados devido aos vários estudos desenvolvidos na área. As obsessões e compulsões variam entre os indivíduos, contudo, os temas são comuns: limpeza, simetria e danos.

A etiologia do transtorno ainda não foi esclarecida. Estudos apontam que parece se tratar de uma combinação de fatores de natureza biológica, psicológica e ambiental. Entretanto, é necessário que muitos estudos sejam realizados para confirmar esta hipótese.

Com relação às formas de tratamentos, muitos estudos vem sendo realizados e corroboram a eficácia da farmacoterapia e da terapia cognitivo-comportamental. A farmacoterapia muitas vezes, por si só, não é suficiente. Por isso, as duas formas de tratamento, se associadas, proporcionam melhores resultados. Desde a década de 70, diversos estudos demonstram que a terapia de base cognitivo-comportamental é eficaz na melhora de 60 a 85% dos pacientes (PRAZERES, SOUZA e FONTENELLE, 2007).

Neste estudo verificou-se que a maioria das pesquisas sobre o tema são realizadas fora do Brasil. No país, o psiquiatra Aristides Volpato Cordioli é o que mais tem contribuído

para a literatura sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Sendo assim, destaca-se a importância da realização de novos estudos sobre o tema, principalmente voltados para a busca das causas do transtorno.

Percebe-se a necessidade de estudos sobre a terapia cognitivo-comportamental em grupo, buscando adaptações das técnicas utilizadas na terapia individual e o desenvolvimento de novas técnicas, pois esta forma de tratamento pode beneficiar muitos indivíduos com o transtorno. E ainda, novas pesquisas devem ser feitas com ênfase nas recaídas que o paciente pode vir a ter, dado que ainda existem poucos estudos sobre o tema, com o intuito de fazer com que os pacientes possam prevenir tais recaídas e consequentemente obter uma melhor qualidade de vida.

Referências

ANGELOTTI, Gildo; FORTES, Marisa. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: ANGELOTTI, Gildo (org.). **Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 177-216.

APA (American Psychiatric Association). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:** DSM-V. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 235-264.

BECK, Judith S. Introdução à terapia cognitivo-comportamental. In: ___Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 1, p. 21-36.

BECK, Judith S. Conceituação Cognitiva. In: ___Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap.3, p. 49-65.

BRAGA, Daniela Tusi. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo:** 2 anos de acompanhamento. 2004. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. Terapia cognitivo-comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In:___ **Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedad*e.*** Porto Alegre, ARTMED, 2012. Cap. 11, p. 446-489.

CORDIOLI, Aristides Volpato. As bases biológicas do TOC. In: ___**TOC**: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 3, p. 55-76.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Fatores psicológicos na gênese e na manutenção do TOC. In: ___**TOC**: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 4, p. 77- 94.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: KNAPP, PAULO (Org). **Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre, ARTMED, 2004. Cap. 11, p.193-208.

CORDIOLI, Aristides Volpato; BRAGA, Daniela Tusi. Terapias Cognitivo- Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.In: RANGE, Bernard (Org). **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*:* um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre, ARTMED, 2011. Cap. 21, p. 325-343.

COUTO, Letícia de S. R. B. *et al*. A heterogeneidade do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p.132-140, jul. / dez. 2010.

DEL-PORTO, José Alberto. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2001. v. 23, suppl. 2, p. 3-5. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600002&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 ago. 2014.

DEMINCO, Marcus. Novos aspectos fisiopatológicos envolvidos no transtorno obsessivo-compulsivo. **Psicologia.pt: o portal dos psicólogos**, p. 1-19, fev. 2012.

FREESTON, Mark H.; LADOUCEUR, Robert. Análise e tratamento das obsessões. In; CABALLO, Vicente E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2011. Cap. 5, p. 135-169.

FREUD, Sigmund (1909). **Duas histórias clínicas**: o pequeno Hans e o homem dos ratos. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.10).

FORMIGA, Mariana Bandeira *et al.* A conceitualização cognitiva no Transtorno obsessivo-compulsivo: relato de caso. **Revista Brasileira de terapias cognitivas**. Rio de janeiro, v. 8, n.1, p. 61-66, jun. 2012.

GOMES, Cema Cardona; COMIS, Thiago Osório e ALMEIDA, Rosa Maria Martins. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. **Aletheia.** 2010, n.33, p. 138-150. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942010000300012&script=sci_arttext>. Acesso em 23 set. 2014.

HAGGSTRAM, Lourdes Maraschin *et al*. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: NETO, Alfredo Cataldo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa (Orgs.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCURS, 2003. Cap. 67, p. 430-437.

KAY, Jerald; TASMAN, Allan. Transtorno obsessivo-compulsivo. In:___. **Psiquiatria:** Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 30, p.330-338.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2008, v.30. p. 54-64.

KRUG, Jefferson Silva; VERAS, Joana Finkeltein; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. Os labirintos psíquicos da Neurose Obsessiva. In: Macedo, Mônica Medeiros Kother (org.). **Neurose**: leituras psicanalíticas. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. Cap. 8, p. 209-236.

LOVATO, Lucas; CORDIOLI, Aristides Volpato. Fatores psicológicos na gênese e na manutenção do TOC. In: CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC**: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 15, p. 303 a 313.

MIRANDA, Mary A.; BORDIN, Isabel A. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 10-12, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, Melanie; RANGÉ, Bernard P. Terapia Cognitiva. In: RANGE, Bernard (Org). **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*:* um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre, ARTMED, 2011. Cap. 1, p. 20-32.

PETRIBÚ, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 17-20, 2001.

PRAZERES, Angélica Marques; SOUZA, Wanderson Fernandes; FONTENELLE, Leonardo F. Terapias de base cognitivo comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 262-270, fev. 2007.

RIGGS, David S; FOA, Edna B. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: BARLOW, David H (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. Cap. 5, p. 217-271.

ROCHA, Felipe Filardi et al. Estudos de associação entre transtorno obsessivo-compulsivo e genes candidatos: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2006. v. 55, n. 4, p. 288-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400005>. Acesso em: 29 ago. 2014.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição. Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, vol.23, p. 24-26, out. 2001.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, n. 2. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000600005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2014.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Kaplan e Sadock: Manual conciso de psiquiatria clínica**. Tradução de Cristina Monteiro. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 252-257.

TORRES, Albina R. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 23, p. 21-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600007&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 ago. 2014.

TORRES, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 237-242, 2005.

TORRES, Albina; SMAIRA, Sumaia I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 23, n. 2. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2014.

VERMES, Joana Singe; ZAMIGNANI, Denis Roberto. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.** São Paulo, v. 4, n.2, p. 135-149, dez. 2002.

WIELENSKA, Regina Christina. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 23, p. 62-64, out. 2001.