

Cap.1 - O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E AS SUAS MANIFESTAÇÕES

Do livro: "TOC" da Editora Artmed. Porto Alegre, 2014

Aristides Volpato Cordioli

OBJETIVOS

A leitura do presente capítulo deve auxiliar o leitor a:

- Conhecer as manifestações clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- Compreender o que são obsessões, compulsões, evitações e neutralizações e saber distingui-los;
- Conhecer as consequências mais comuns dos sintomas OC sobre a vida do indivíduo e de sua família;
- Compreender a relação entre obsessões, compulsões, evitações e neutralizações;
- Conhecer as apresentações clínicas mais comuns do TOC.

INTRODUÇÃO

Preocupações excessivas com sujeira, lavagens, dúvidas intermináveis, necessidade de verificar repetidamente portas e janelas ou o gás, ser atormentado por pensamentos indesejáveis, acumular grande quantidade de objetos sem utilidade, preocupação exagerada com ordem, alinhamento ou simetria, são alguns dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo ou TOC. Conhecidas popularmente como "manias" essas manifestações atormentam milhares de pessoas em todo mundo. Muitas vezes são leves e quase imperceptíveis, mas não raro, são extremamente graves e até incapacitantes. Estão associadas a ansiedade, medo e culpa, tomam muito tempo da pessoa e interferem, nas rotinas pessoais, na vida social e da família.

Por vários motivos o TOC vem sendo considerado um transtorno mental grave. É altamente prevalente na população, em geral acomete os indivíduos muito cedo e, se não tratado, tende a ser crônico. Os sintomas em geral acompanham o indivíduo ao longo de toda a vida, tendem a apresentar flutuações em sua intensidade ora aumentando ora diminuindo, mas raramente desaparecem por completo de forma espontânea (Skoog, 1999).

Considerado raro até a pouco tempo, sabe-se hoje que o TOC é um transtorno mental bastante comum, acometendo entre 1,6 a 2,3% das pessoas ao longo da vida, ou 1.2% no período de 12 meses (Kessler, 2005; Ruscio, 2008). Uma pesquisa recente em nosso meio avaliou 2323 adolescentes de 14 a 17 anos, alunos de escolas de segundo grau, e encontrou uma prevalência de TOC de 3,3% (Vivan, 2013). Calcula-se que aproximadamente um em cada 40 a 60 indivíduos na população apresenta o TOC e é provável que no Brasil existam entre 3 e 4 milhões de pessoas acometidas pela doença.

Os sintomas do TOC afetam predominantemente indivíduos jovens. Geralmente começam cedo, na adolescência, muitas vezes ainda na infância, menos frequentemente após os 18 ou 20 anos, e excepcionalmente após os 40 anos. O TOC que começa na infância é mais comum em meninos e tende a ser mais grave e com mais frequência associado a tiques/Síndrome de Tourette ou TDAH. Em adultos acomete praticamente na mesma proporção homens e mulheres.

De um modo geral o indivíduo acometido apresenta outros transtornos psiquiátricos concomitantes (comorbidades) o que cria problemas adicionais para o diagnóstico e o planejamento do tratamento, que tende, nesses casos, a ser mais complexo. Mais de 50% e, segundo alguns estudos, até 70% dos indivíduos com TOC apresentam comorbidades. Sabe-se, por exemplo, que ao redor de 40% apresentam depressão associada. É comum ainda presença de outros transtornos de ansiedade, de tiques/Síndrome de Tourette, do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) entre outros.

Os sintomas não raro podem ser muito graves e em aproximadamente 10% dos casos, incapacitantes (Lensi 1996). Numa pesquisa da Organização Mundial da Doença o TOC foi considerado a quinta causa de incapacitação em mulheres dos 15 aos 44 anos nos países em desenvolvimento (Murray, 1996). Um bom número desses pacientes mais graves despendeu muito do tempo de suas vidas na execução de rituais inúteis ou envolvido em dúvidas e medos obsessivos. Em alguns casos o tempo consumido chega a um terço dos anos de vida, ou mais.

O TOC é ainda um importante fator de risco para separações e divórcios em razão dos constantes conflitos que os sintomas provocam na família, para demissões no trabalho em razão da interferência na produtividade e para ter

insucesso em levar adiante uma carreira. Compromete, portanto, de forma inequívoca a vida do indivíduo e de sua família. Por todos esses motivos o deve ser considerado um transtorno mental grave comparável em gravidade e em anos de incapacitação a transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia e o transtorno do humor bipolar.

Uma das características intrigantes do TOC é a diversidade de suas manifestações (medos de contaminação/lavagens, dúvidas/checagens, ordem/simetria, obsessões de conteúdo inaceitável, compulsão por armazenagem ou colecionismo). Também é muito comum que um mesmo indivíduo apresente mais de um tipo de sintoma e que eles se modifiquem ao longo da vida: enquanto alguns desaparecem por completo outros surgem, eventualmente com grande intensidade. Muitas vezes os sintomas não são explícitos, observáveis, mas predominantemente mentais o que confunde o paciente e dificulta muitas vezes o diagnóstico pelos profissionais.

Muitas das pessoas acometidas pelo TOC nunca foram diagnosticadas e menos ainda tratadas, apesar de existirem tratamentos efetivos a mais de 30 anos. Talvez a maioria desconheça que tenham o transtorno, e não simples manias ou superstições. Boa parte desconhece a natureza de seus rituais, mesmo quando implicam em consequências para a saúde física. Por exemplo um estudo verificou que 20% dos pacientes de uma clínica dermatológica preenchiam critérios do DSM IV para TOC que na imensa maioria (95%) não havia sido diagnosticado (Fineberg 2003). Mais de 90% dos adolescentes de escolas de segundo grau de Porto Alegre que apresentavam TOC numa pesquisa epidemiológica nunca haviam sido diagnosticados e apenas 6.7% haviam se tratado (Vivan, 2013). Por outro lado os que buscam tratamento geralmente o fazem muito tempo após o início dos sintomas. Um estudo constatou uma demora de 17 anos entre o início dos sintomas e o início do tratamento (Hollander, 1997). Em nosso meio um estudo verificou uma demora de 23 anos em média (Cordioli 2003) um outro, de mais de 18 anos (Miguel,2008). Esse atraso se deve em grande parte ao desconhecimento da doença, à dificuldade por parte do próprio paciente, dos seus familiares e inclusive dos profissionais da saúde em reconhecer os sintomas do TOC. Some-se a isso ainda a dificuldade de encontrar profissionais com experiência em tratar o transtorno, especialmente em realizar a terapia cognitivo-

comportamental (TCC) e que sejam acessíveis, especialmente nos serviços públicos de saúde.

No presente capítulo serão descritas as manifestações clínicas no TOC, suas diferentes apresentações e as estratégias utilizadas pelos pacientes para lidar com seus medos obsessivos.

AS MANIFESTAÇÕES DO TOC

O TOC tipicamente se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões também chamadas de rituais compulsivos ou simplesmente rituais. Costumam também estar presentes manifestações emocionais como medo, ansiedade, culpa, depressão, comportamentos evitativos ou evitações, indecisão, lentidão motora e pensamentos de conteúdo negativo ou catastrófico, apreensão e hipervigilância.

O que são obsessões

Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, experimentados como intrusivos (invadem a consciência contra a vontade da pessoa) e indesejáveis, causam acentuada ansiedade, medo ou desconforto, interferem nas atividades diárias, nas relações interpessoais ou ocupam boa parte do tempo do indivíduo. As obsessões também podem ser cenas, palavras, frases, números, músicas que o indivíduo não consegue afastar ou suprimir (APA, 2002).

As obsessões são ativadas por situações triviais como chegar ou sair de casa (dúvidas e verificações), usar um banheiro, tocar em objetos como torneiras, maçaneta, dinheiro (medo de contaminação). Tais situações são avaliadas como ameaça ou como possibilidade de que ocorra alguma falha ou desastre (contaminar-se, a casa inundar ou incendiar). Provocam ansiedade, medo e induzem o indivíduo a fazer algo ou a evitar o contato, com o objetivo afastar a “ameaça” de reduzir o risco ou simplesmente eliminar um desconforto como o nojo – os rituais e as evitações.

As obsessões mais comuns são os medos de contaminação e a preocupação com germes/sujeira, as dúvidas sobre a possibilidade de falhas e a necessidade de ter certeza. Também são comuns pensamentos, impulsos ou imagens indesejáveis e perturbadores de conteúdo violento ou agressivo (ferir

outras pessoas), sexual (molestar uma criança) ou blasfemo (ofender a Deus); pensamentos supersticiosos relacionados a números, cores, datas ou horários; preocupação em que as coisas estejam alinhadas e simétricas ou no lugar “certo” e em armazenar, poupar ou guardar coisas inúteis (colecionamento).

As obsessões não são sintomas exclusivos do TOC. Elas podem estar presentes numa variedade de outros transtornos mentais como, por exemplo, nas depressões (ruminações de culpa, desvalia ou desamparo), nos transtornos alimentares (preocupação persistente com o peso ou com as calorias dos alimentos), nos transtornos de impulsos (com aquisições, no comprar compulsivo, ou com o jogo, no jogo patológico). Nesses casos não deve ser feito o diagnóstico de TOC mas desses outros transtornos.

Algumas características auxiliam a identificar as obsessões relacionadas ao TOC:

- São *intrusivas*: invadem a mente contra a vontade do indivíduo, são difíceis de controlar ou de afastar, especialmente quando muito graves;
- São *indesejadas*: são desagradáveis, causam desconforto, ansiedade ou medo e referem-se a temas como perigos, ameaças ou desastres e não a situações prazerosas;
- Provocam *resistência*: induzem o indivíduo a lutar contra, tentar afastar, ignorar, suprimir ou neutralizar, geralmente sem sucesso;
- São *ego-distônicas*: seu conteúdo é indesejado e provoca desprazer, medo e angústia; pode ainda ser estranho ao indivíduo contrariando seus valores morais ou seus desejos (Purdon C, Clark DA, 2005).

Consequências comportamentais das obsessões

O modelo cognitivo-comportamental considera as obsessões como o fenômeno primário no TOC e os demais sintomas, como os rituais, as evitações, as neutralizações, a hipervigilância, a indecisão, como respostas comportamentais ou atos que o indivíduo executa com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto. É importante destacar ainda que as obsessões são involuntárias, enquanto que as consequências comportamentais em princípio são atos voluntários: ou seja podem ser executados ou não (Rachman 1997;

Clark, 2007).

Consequências comportamentais das obsessões:

- **Rituais compulsivos, compulsões mentais;**

- **Comportamentos evitativos** ou evitações;

- **Neutralizações:**

- tentar afastar, suprimir ou substituir um pensamento ou palavra “ruim”;

- ruminação mental (dúvidas e necessidade de repassar fatos, cenas, detalhes em busca de certeza);

- argumentação mental (repassar argumentos para convencer-se de que cometeu ou de que não cometeu uma falha, ou de que foi ou não responsável);

- tentar obter garantias: reassegurar-se, perguntar repetidamente;

- **Hipervigilância:** estar permanentemente atento para os estímulos que provocam as obsessões (p. ex. sujeira, objetos tocados pelas outras pessoas);

- **Indecisão:** dificuldade e demora em tomar decisões em situações de incerteza; lentidão, atrasos, postergações .

Três tipos de experiências ou sensações subjetivas não se enquadram no conceito estrito de obsessões. Entretanto precedem a realização de rituais e por esse motivo são descritas a seguir: Nojo, fenômenos sensoriais, experiências *justright/notjustright*

Nojo (disgust)

O nojo é uma emoção básica, desagradável, que se manifesta através de sintomas autonômicos como palidez, diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial e aumento da motilidade gastrointestinal provocados pelo contato com substâncias ou objetos que provocam repugnância. É uma reação distinta da que ocorre em situações de medo quando é ativado o sistema nervoso simpático, com aceleração dos batimentos cardíacos, hiperventilação, palidez, e elevação da pressão arterial. No TOC é comum o nojo provocado por resíduos corporais como suor, urina, saliva ou sêmen; por substâncias gelatinosas como cola, geleias ou carne, ou mesmo pro objetos como torneiras, maçanetas, tampo de vaso de banheiro. Como ocorre com as obsessões, o nojo induz o indivíduo a realizar compulsões e evitar o contato com os estímulos que provocam tal sensação.

Supõe-se que o nojo tenha tido uma importante função evolucionária, de proteção da espécie ao longo da evolução de ingerir frutas ou raízes venenosas, produtos deteriorados ou prover a sua rápida expulsão, protegendo de doenças. Evidências atuais sugerem que o nojo esteja associado a fobias a pequenos animais (particularmente fobias a aranhas), fobia a injeção e ferimentos e aos medos de contaminação do TOC (Davey, 2011).

Fenômenos sensoriais

Certas compulsões como dar uma olhada para o lado, tocar, raspar, estalar os dedos, fechar as mãos com força, etc. são realizadas sem que qualquer obsessão definida as anteceda. Geralmente são precedidas apenas por uma sensação de desconforto ou por uma sensação interna e generalizada de tensão ou energia que necessita ser descarregada através de atos repetidos que lembram os tiques, como tocar, raspar, estalar os dedos, mover a cabeça para o lado. Podem ser precedidas por um sentimento de urgência do tipo “tenho que...” ou “tem que...” ou por uma sensação física descrita pelos pacientes como uma “agonia” que é aliviada com a realização do ritual.

Miguel Filho e colaboradores, (1995;1997) propuseram o termo "fenômenos sensoriais" para designar essas experiências subjetivas entre as quais incluíram: sensações físicas (sensação de desconforto na pele, músculos, articulações ou sensações corporais, que vêm antes ou junto com alguns dos comportamentos repetitivos); percepções *just right* (sentimentos internos e /ou percepções de desconforto que levam o paciente a fazer coisas até sentir que estão certas ou “direitas”). Esses fenômenos são muito comuns em pacientes com tiques e Transtorno de Tourette e na Coreia de Sydenham, transtornos de controles de impulsos, particularmente nas *grooming disorders* (tricotilomania, roer unhas, auto-mutilações), comorbidades comuns em indivíduos com TOC.

Experiências “just right” e “not just right”, incompletude

Dentre os fenômenos sensoriais vale a pena destacar o que tem sido descrito como sensações ou experiências “*just right*” e “*not just right experiences*” - a sensação descrita pelos indivíduos com TOC de que os objetos deveriam estar numa certa ordem ou num determinado lugar ou

numa determinada posição que seria a correta, a melhor, a que “tem que ser”, “no seu devido lugar”, que está “direito”, ou ainda “a sensação de algo não está como deveria estar” - (*notjustright*) (Coles, 2003; 2005). Embora não contenham um componente cognitivo típico como um pensamento ou imagem envolvendo risco, responsabilidade ou falha, as percepções (ou sensações) *justright* e *notjustright* seriam um equivalente sensorial das obsessões e induziriam o indivíduo com TOC a realizar compulsões para colocar as coisas no seu lugar, ou até perceberem que o estado *justright* tenha sido atingido. Precederiam portanto algumas compulsões. Tem sido descritos fenômenos semelhantes às experiências *justright* e *notjustright* com outras designações: sensação de incompletude ou necessidade de completude e estariam relacionadas ao perfeccionismo (Coles, 2003).

Essas experiências teriam um papel proeminente em indivíduos que tem compulsões por exatidão, ordem, alinhamento, simetria ou precisão ou que necessitam que os objetos estejam em determinada ordem ou no lugar correto. São muito comuns no TOC associado a tiques ou Síndrome de Tourette (Leckman, 1994).

Exemplos: um paciente relatava necessidade muito intensa, geralmente de início súbito, de colocar os objetos em cima da mesa numa determinada posição; outro relatava a necessidade de modificar repetidas vezes em curto espaço de tempo a posição dos objetos e dos móveis na sala de estar e no seu quarto para que eles ficassem na posição “certa”. Esse mesmo paciente necessitava, com muita frequência, desmontar o computador por achar que as placas poderiam não estar perfeitamente encaixadas ou que os parafusos não teriam sido bem apertados e remontá-lo para ter certeza de tudo estava como “deveria ser”. Outro paciente perdia muito tempo para amarrar o cadarço dos tênis, até que as laçadas estivessem “exatas”. Outra “penteava” os fios do tapete da sala para que estivessem “certos”.

O que são compulsões

Compulsões ou rituais compulsivos ou simplesmente rituais são comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente (DSM V). São atos realizados com a intenção de afastar

ameaças, reduzir os riscos, prevenir desastres ou possíveis danos a si próprio e a outras pessoas, ou simplesmente aliviar um desconforto físico. São, portanto, atos voluntários, repetitivos, estereotipados que têm um motivo e uma finalidade, em contraste com movimentos repetitivos mecânicos e robóticos observados em transtornos neurológicos (Rachman, 2002). São comportamentos claramente excessivos (p. exemplo: verificar as portas e janelas repetidas vezes antes de deitar) aos quais o indivíduo não consegue na maioria das vezes resistir. São precedidos por um senso interno de pressão para agir, que pode ser decorrente de um pensamento catastrófico (verificar o gás porque a casa poderia incendiar), de um desconforto físico, ou de um fenômeno sensorial (ter que estalar os dedos, olhar para o lado ou bater na parede para aliviar uma “agonia”).

Exemplos de compulsões: lavar as mãos repetidas vezes para proteger-se de germes ou contaminação; verificações para afastar dúvidas e incerteza; Contar, repetir palavras, ou frases, lembrar repetidamente uma cena; fazer certas coisas um determinado número de vezes (p.ex. apagar e acender a luz) para evitar alguma falha ou desgraça; alinhar os objetos para que fiquem na posição “certa”; acumular ou armazenar objetos sem utilidade e não conseguir descartá-los; repetições diversas: tocar, olhar fixamente, bater de leve, raspar, estalar os dedos ou as articulações, sentar e levantar, entrar e sair de uma peça.

Algumas compulsões podem não ter uma conexão realística com o que pretendem neutralizar ou prevenir. Por exemplo: alinhar os chinelos ao lado da cama antes de deitar, ou não pisar nas juntas das lajotas da calçada para que não aconteça algo ruim no dia seguinte, dar três batidas em uma pedra da calçada ao sair de casa para que a mãe não adoça, mandar um beijo para o avião que está passando para que ele não caia, tocar 3 vezes na tecla do computador, ligar e desligar 3 vezes para a mãe não morrer. Nesses casos, subjacentes a esses rituais existe um pensamento ou obsessão de conteúdo mágico, muito semelhante ao que ocorre nas superstições, segundo o qual a pessoa acredita poder agir a distancia ou no futuro, por contato ou semelhança.

O modelo cognitivo-comportamental propõe que alívio obtido com a realização das compulsões mesmo que passageiro seja a razão pela qual o indivíduo é induzido a executá-las (reforço negativo) e a adotá-las como

estratégias mais permanentes para lidar com medos e ansiedades. Acredita-se que esse seja um importante fator para perpetuar os rituais e conseqüentemente o TOC. As compulsões impedem ainda o enfrentamento dos medos, o seu desaparecimento natural através do mecanismo da habituação que será descrito mais adiante no capítulo 5. Por último pode-se dizer que o efeito de alívio de certa forma valida as crenças subjacentes – de que de fato havia uma ameaça que foi afastada pela execução do ritual.

Compulsões, rituais compulsivos e rituais culturais

O termo “ritual” pode gerar alguma confusão, uma vez que designa uma grande variedade de comportamentos repetitivos que podem ser observados em praticamente todas as sociedades e culturas, relacionados às mais diversas situações: cerimônias religiosas, ritos de passagem, funerais, geralmente com um claro sentido simbólico, com a finalidade de solicitar a proteção da divindade invocada ou de afastar perigos ou desgraças, ou ainda para garantir sorte (por exemplo, os rituais realizados na passagem do ano ou na cerimônia do casamento). Por esse motivo na literatura relacionada ao TOC há uma preferência pelo uso do termo “compulsão” ou então “rituais compulsivos”. Mas a forma simplificada “ritual” ou “rituais” também é utilizada.

Compulsões mentais

Tem sido utilizado ainda o termo “compulsão mental” para designar atos mentais voluntários executados em resposta a obsessões. Exemplos: contar, rezar, repetir palavras, frases em silêncio, repassar argumentos mentalmente, substituir imagens ou pensamentos ruins por imagens ou pensamentos bons. Tais atos são realizados com a mesma finalidade que as demais compulsões: reduzir ou eliminar o risco e a ansiedade associada às obsessões. Como ocorrem em silêncio nem sempre são percebidos pelas demais pessoas. Exemplo: anular a imagem intrusiva da mãe morta no caixão com a lembrança de um momento de felicidade da família.

Compulsões em transtornos neurológicos e em outros transtornos mentais

É importante salientar que compulsões podem fazer parte do quadro clínico de outros transtornos psiquiátricos, como comer compulsivo, comprar

compulsivo, adição a drogas ou álcool, jogo patológico, transtornos globais do desenvolvimento. Podem ser observadas ainda em diversos problemas neurológicos como encefalites, após traumatismos cranioencefálicos (TCE), Coreia de Sydenhan, em diversas doenças degenerativas bem como durante o uso de antipsicóticos atípicos, e mesmo de outras substâncias como o interferon. As compulsões observadas nesses casos em geral são movimentos mecânicos destituídos de significado, não precedidos por obsessões e que o próprio paciente desconhece as razões porque os executa.

Comportamentos evitativos ou evitações

Evitações ou comportamentos evitativos são atos voluntários destinados a impedir o contato direto ou imaginário com objetos, locais, situações, pensamentos ou imagens percebidos como perigosos ou indesejáveis, que tem a propriedade de ativar as mais diversas obsessões. São, portanto, comportamentos voluntários, executados com uma finalidade – afastar ameaças, reduzir o medo, a ansiedade e o desconforto associados às obsessões. Por serem comportamentos ativos, repetitivos, realizados com a mesma finalidade que os rituais, tem sido também utilizada a denominação de evitação ritualística para tais comportamentos (McGuire, 2012).

As evitações constituem uma importante manifestação clínica do TOC à qual tem se dado pouca importância, embora frequentemente sejam as principais responsáveis pelo comprometimento ou incapacitação que o transtorno acarreta. Elas foram observadas em mais de 25% dos pacientes com TOC (McGuire, 2012). Um outro estudo verificou que as evitações estavam presentes em 59.7% dos indivíduos com TOC, mais comumente associadas às obsessões de contaminação (80%) e a pensamentos de conteúdo agressivo (50%) e, raramente, em indivíduos com colecionamento e obsessões por ordem e exatidão (Starcevic, 2011).

Acredita-se que os comportamento evitativos contribuam para aumentar a frequência e a saliência das obsessões por dois motivos: 1) obrigam o indivíduo a estar permanentemente vigilante sobre os objetos, pessoas, ou situações que ativam as obsessões e até mesmo pensamentos considerados de risco ou perigosos; 2) impedem o contato, o enfrentamento e a exposição aos medos obsessivos e o desaparecimento natural da ansiedade pelo fenômeno

da habituação. Impedem ainda o indivíduo de testar suas crenças erradas e desconfirmá-las, perdendo uma oportunidade de modificá-las. Desta forma as evitações concorreriam fortemente para a manutenção dos medos obsessivos.

As evitações mais comuns são as relacionadas com o medo de contaminação por germes e bactérias, de contrair doenças, ou ao simples nojo. Exemplos: evitar banheiros públicos, usar lenço ou papel para tocar nos objetos, usar luvas para cumprimentar as pessoas, não tocar em outras pessoas, em objetos ou roupas usadas por elas. São comuns ainda associadas a medos de natureza supersticiosa (não usar uma roupa de uma determinada cor, não fazer nada em determinada data ou em determinado horário para não acontecer uma desgraça no futuro), a pensamentos de conteúdo violento ou sexual inaceitável (desviar de pedestres por medo de dar um soco, evitar pegar um bebê no colo em razão do pensamento de atirá-lo pela janela; não chegar perto de crianças em razão de pensamento de molestá-las).

Exemplos de objetos, locais ou situações e pessoas comumente evitados:

- Objetos: corrimãos, botão do elevador, interruptores, mouse, teclado de computadores, telefones públicos, dinheiro, toalhas e lençóis de hotel, lixeira;
- Locais ou situações: banheiros públicos, hospitais, clínicas, cemitérios, bancos de coletivos ou de praças públicas;
- Pessoas: cumprimentar, olhar, chegar perto ou tocar certas pessoas (“aidéticas”, que tenham algum ferimento ou curativo aparente, homossexuais);

Evitações e acomodação familiar

Quando estão presentes medos de contaminação em geral a família é obrigada a acomodar-se às evitações impostas pelo paciente que estabelece suas “regras”. É comum que seja exigido o uso exclusivo de toalhas, sabonetes, sofás e até certas peças da casa e até impedi-los de abrir as janelas, sentar no sofá ou na cama ou de entrar em determinada peça considerada “limpa” o que pode ser motivo para atritos e discussões. Uma paciente, por exemplo, obrigava seus familiares a trocarem a roupa ou os sapatos para entrarem em casa; outra exigia que o marido tomasse banho imediatamente antes das relações sexuais; uma terceira obrigava o marido a lavar a boca antes de beijá-

la, ao chegar da rua, e outra paciente ainda exigia que seu filho de dois anos usasse luvas para abrir a porta. Essas exigências causavam conflitos constantes que comprometiam a harmonia conjugal e familiar.

Neutralização

Além das compulsões, das evitações os indivíduos com TOC lançam mão de uma diversidade de estratégias menos repetitivas e menos estruturadas para lidar com os medos e ansiedades que acompanham as obsessões às quais não era dada atenção. Manifestam-se sob a forma de alguma ação física como afastar-se, conversar com outras pessoas, perguntar, reassegurar-se, ou sob a forma de ações encobertas, mais sutis, nem sempre observáveis como distrair-se, falar racionalmente consigo mesmo. (Ladouceur1995, Salkovskis, 1999). Essas estratégias são genericamente designadas de “neutralizações” e a palavra “neutralização” é também usada para designar a sua função. O termo, portanto, se refere ao mesmo tempo a atos realizados e sua função – neutralizar pensamentos, impulsos, ou imagens. Designa portanto “todo e qualquer esforço ou ato voluntário ou esforço cognitivo realizado com a finalidade de remover, prevenir ou atenuar um pensamento intrusivo ou o desconforto associado”. (Freeston e Ladouceur, 1997). O conceito foi incluído nos critérios do DSM IV para o diagnóstico de TOC (critério A (item 3). “...a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou **neutralizá-los** com algum outro pensamento ou ação.” Como os rituais compulsivos e as evitações, as neutralizações são atos voluntários realizados com a intenção de obter alívio e de anular as ameaças associadas a pensamentos, impulsos ou imagens.

Neutralizações e rituais mentais

Tem havido alguma confusão na literatura para se estabelecer a distinção entre “neutralizações” e “compulsões mentais”. Rachman e Shafran (1996), propuseram que se utilize o termo “neutralização” para designar um conjunto mais amplo, mais flexível de atos mais eventuais, menos repetitivos, menos estereotipados geralmente encobertos, e nem tão eficientes em anular os efeitos de um pensamento ou ação, e o termo “compulsões mentais” para

designar atos mentais repetitivos, estereotipados, intencionais e fixos. É necessário reconhecer que nem sempre essa distinção é clara - até onde um ato deve ser considerado apenas uma neutralização e quando deve ser considerado uma “compulsão mental” (Clark, 2007; Freeston&Ladouceur, 1997).O que importa é que tanto as compulsões mentais como as neutralizações têm o mesmo papel: são executadas com a finalidade de reduzir a ansiedade associada às obsessões. Ritualizadas ou não as neutralizações assim como os rituais compulsivos, rituais mentais e as evitações impedem a exposição prolongada e o desaparecimento natural do medo e da ansiedade. Pelo alívio que provocam, especialmente quando os sintomas são leves, tornam-se persistentes e excessivas, pois são reforçadas pela remoção imediata do desconforto, pela anulação dos pensamentos, imagens e impulsos indesejados por esse motivo contribuem para a perpetuação do TOC, devendo da mesma forma que demais sintomas ser objeto da atenção do terapeuta.

Exemplos de neutralizações: tentar interromper ou afastar pensamentos ou palavras indesejáveis; procurar distrair-se; tentar convencer a si mesmo de que o pensamento não é verdadeiro; anular um pensamento, imagem ou palavra “ruim” com um pensamento imagem, palavra ou, “bom” ou “boa; argumentar consigo mesmo; justificar-se ou buscar compensações; repassar diálogos mentalmente para ter certeza; repassar cenas, sequência de fatos, diálogos, recriminações (ruminações); tentar obter garantias com as outras pessoas de que não cometeu um erro, ou de que fez a coisa certa; perguntar.

Hipervigilância e viés atencional

Juntamente com as compulsões, as evitações e as neutralizações, a hipervigilância é considerada uma consequência do medo associado às obsessões. É um comportamento que tem por objetivo aumentar o controle sobre os potenciais riscos ou ameaças associadas às obsessões: onde existe sujeira, germes; sobre a possibilidade de cometer falhas (ao assinar um documento, por exemplo) ou se os objetos estão ou não fora de ordem. Pacientes com obsessões por sujeira/contaminação andam extremamente atentos na rua olhando para o chão para não pisar em fezes ou em manchas de sangue, percebem lixo e lixeiras à distância, olham onde outras pessoas

tocam, repassam os cantos das prateleiras para conferir se a limpeza foi bem realizada ou se encontram “digitais” ou marcas dos dedos de outras pessoas. Como consequência percebem muito mais indícios de sujeira do que as pessoas que não apresentam tais preocupações.

Embora com resultados ainda inconsistentes, as pesquisas tem verificado que os pacientes com TOC relacionado a contaminação apresentam um viés atencional ou seja uma tendência a orientar a atenção para estímulos relevantes em relação a “ameaça”. Apresentam também dificuldades em desviar a atenção tanto para estímulos relacionados com o medo de contaminação como ao nojo (Tata, 1996; Najmi, 2010). A hipervigilância é utilizada ainda para controlar pensamentos indesejáveis e tentar afastá-los.

De acordo com o modelo cognitivo-comportamental a hipervigilância é um comportamento preventivo que tem a mesma finalidade que as compulsões e as evitações: afastar e impedir o contato com as ameaças, impedindo da mesma forma a exposição e o desaparecimento natural da ansiedade. Por outro lado esforçar-se por afastar ou tentar suprimir um pensamento indesejável ou vigiá-lo produz o efeito paradoxal de aumentar sua frequência e intensidade (Wegner, 1989). Esse efeito paradoxal pode ser observado em relação à vigilância e ao controle de qualquer estímulo que provoque as obsessões. Quanto mais se tem preocupações, por exemplo, com sujeira, mais se vê sujeira.

A hipervigilância tem relação direta com as checagens. A primeira atitude de uma paciente ao chegar no quarto de um hotel era o de revisar lençóis, fronhas e toalhas a procura de alguma mancha que inevitavelmente encontrava, o que era motivo para discussões com o pessoal da recepção. Outro revisava meticulosamente as paredes dos banheiros à procura do que acreditava pudessem ser marcas de esperma. Como era muito comum encontrar manchas suspeitas deixara de usar banheiros públicos. Outra paciente vivia atormentada com o medo de contrair leptospirose e revisava repetidamente os cantos do pátio de sua casa, os beirais de janelas a procura de fezes e urina de ratos. E a todo o momento encontrava tais dejetos.

Lentidão obsessiva e indecisão

Uma das maiores interferências dos sintomas OC na rotina das pessoas é a demora ou lentidão para executar determinadas tarefas. Fatores cognitivos como necessidade de ter certeza, indecisão, perfeccionismo ou simplesmente fenômenos sensoriais do tipo *notjustright* determinam a exigência de um grau de certeza ou de perfeição impossível de ser atingido ou até mesmo definido e acabam interferindo na realização de tarefas simples como lavar as mãos, tomar banho, escovar os dentes, trocar de roupas ou calçar os tênis. Tais tarefas se tornam intermináveis e são executadas muitas vezes com uma lentidão exasperante, ou são repetidas inúmeras vezes pois são associadas a dúvidas, verificações, dificuldade de decidir quando encerrar uma tarefa, repetições, protelações, não raro incapacitando gravemente a pessoa.

AS PRINCIPAIS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO TOC

O TOC é um transtorno heterogêneo com apresentações clínicas bastante diversificadas, o que dificulta a elucidação de sua etiologia, da neurofisiologia e da comparação da resposta aos tratamentos.

O modelo dimensional do TOC

Métodos estatísticos como a análise fatorial tem sido utilizadas para identificar subgrupos (clusters) mais homogêneos com base na apresentação clínica (fenótipo). Os estudos em sua maioria apontam entre 4 a 6 fatores distintos. As dimensões identificadas com mais frequência são: 1) contaminação limpeza; 2) dúvidas e verificações; 3) pensamentos repugnantes (agressão/sexuais/blasfemos); 4) simetria/ordem e 5) colecionamento ou colecionismo (Abramowitz 2010, Mataix-Cols 2005, Rosário Campos, 2005; Bloch, 2008; Pinto, 2008; Matsunaga, 2010).

O enfoque dimensional representou um enorme avanço no TOC na medida em que possibilita a constituição de amostras homogêneas, uma estratégia essencial para a identificação de substratos genéticos, cerebrais e cognitivos comuns. Por exemplo: um estudo verificou que 4 das 5 dimensões apresentavam um grau significativo de prevalência familiar sendo que as dimensões “coleccionamento” e “pensamentos tabu” foram as que mostraram um elevado grau de agregação familiar (Pinto, 2008). Tem sido fundamental

para se comparar os resultados dos tratamentos e identificar os pacientes que respondem melhor a essa ou aquela abordagem terapêutica. Algumas críticas, entretanto, tem sido feitas ao enfoque dimensional.

“Verificações” eventualmente tem sido apontado como constituindo um único fator associadas a obsessões de conteúdo agressivo (Leckman, 2007). Entretanto, na prática clínica as verificações estão associadas a praticamente todas as outras dimensões: a medo de contaminação (para ver se não existe sujeira ou se os objetos estão bem limpos), a pensamentos de conteúdo inaceitável (para ter certeza de que não atropelou um animal ou pedestre), à possibilidade de cometer falhas (revisar trabalhos, emails), a obsessões por simetria e alinhamento (para ter certeza de que os objetos estão bem arrumados) e ao colecionamento (para verificar se ninguém mecheu nos objetos). Talvez por esse motivo alguns autores não tenham encontrado o fator “dúvidas obsessivas/verificações” com um fator distinto dos demais (Bloch, 2008; Matsunaga 2010).

Outra crítica ao modelo dimensional é o fato de aproximadamente um quarto dos pacientes não se enquadrarem em nenhuma das dimensões típicas (Matsunaga, 2010). E de fato existem obsessões e certos comportamentos repetitivos como tocar, olhar para o lado, dar batidas na parede, estalar os dedos, olhar fixamente, preocupações com partes do corpo ou com doenças e que são difíceis de classificar e são incluídos por alguns autores numa categoria denominada de “miscelânea” ou “diversas” (Rosário Campos, 2005). Uma questão em aberto é o quando as dimensões são estáveis ao longo do tempo. Para responder a essa questão e fugir dos vieses de memória dos estudos retrospectivos são necessários estudos longitudinais (prospectivos) que acompanhem os indivíduos da infância até a idade adulta (Leckman, 2007).

Outra crítica é de que ele se baseia nas manifestações clínicas (fenótipo) do TOC e não leva em conta as funções dos sintomas, um aspecto que tem sido negligenciado de um modo geral. Por exemplo, compulsões de simetria/ordem podem ser executadas em razão de sensações do tipo *just right* ou em razão de pensamentos supersticiosos como “minha mãe pode morrer se esse objeto não estiver no devido lugar” (Abramowitz, 2010). Tem sido sugerido ainda considerar o colecionamento como não mais como uma dimensão do

TOC apenas, mas um transtorno distinto (transtorno do colecionamento) (Mataix-Cols, 2010).A seguir serão descritas as principais apresentações clínicas (fenótipos) do TOC.

Medos de contaminação, lavagens excessivas e evitações

São os sintomas mais comuns em indivíduos com TOC. Manifestam-se por preocupações excessivas com germes, bactérias, radiações, “energias negativas”, contaminantes, em contrair doenças ou contaminar as demais pessoas, em especial os familiares. Como consequência lavam demasiadamente as mãos, os objetos ou a roupa, trocam de roupa várias vezes ao dia, tomam banhos repetidos e demorados, usam de forma exagerada sabonetes, álcool e detergentes. É comum, por exemplo, lavarem novamente as louças antes de por na mesa; passar o guardanapo em louças ou talheres do restaurante antes de servir-se; lavar as caixas de leite, garrafas de refrigerante e potes de margarina ao chegar do supermercado. O uso excessivo de álcool, detergentes, com frequência provoca o ressecamento da pele, dermatites e lesões por fungos especialmente debaixo das unhas.

Além das lavações em excesso esses pacientes costumam evitar o uso de banheiros públicos onde é comum que abram a porta com os cotovelos ou levantem a tampa do vaso com os pés e usam lenços de papel para tocá-los. Evitam ir a hospitais ou cemitérios e ao andar na rua mantém distância de lixeiras ou mendigos. Evitam o contato direto com objetos tocados com frequência por outras pessoas: maçanetas, botão do elevador, mouse, teclado do computador e até mesmo objetos pessoais como chaves, carteiras, bolsas, cartão de crédito ou dinheiro. Certas áreas do próprio corpo como o dorso das mãos, o polegar e o indicador, o cotovelo podem se tornar “sujas” e serem usados preferentemente para tocar em objetos “contaminados”. Costumam ainda evitar o uso de toalhas, sabonetes ou banheiros utilizados por outros membros da própria família (às vezes exigem um banheiro exclusivo), encostar roupas “sujas” ou “contaminadas” nas roupas “limpas”.Com esse intuito eventualmente isolam espaços, móveis ou compartimentos da casa, etc..

Esses pacientes de um modo geral avaliam de uma maneira distorcida (exagerada) a possibilidade (ou o risco) de contaminar-se seja com bactérias, vírus (por exemplo, HIV, H1N1), radiações ou mesmo com algo vago como

“energia negativa” e conseqüentemente o risco de contrair doenças. O risco pode ser ainda o castigo com o fogo do inferno ou transformar-se numa pessoa “ruim”. As lavagens (lavar os olhos ou tomar um banho) podem também ser realizadas para anular pensamentos supersticiosos (alguém da minha família pode morrer porque avistei determinada pessoa) ou blasfemos. Às vezes, subjacente às lavagens e evitações existe apenas a sensação desagradável de nojo, sem necessariamente o pensamento de que possa haver uma contaminação ou contrair doença.

De um modo geral, os pacientes que apresentam obsessões e rituais de limpeza estão entre os que mais se beneficiam com a terapia comportamental de exposição e prevenção de respostas (EPR) ou com a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Dúvidas, intolerância a incerteza e verificações

Juntamente com as lavações excessivas, as verificações são um dos sintomas mais comuns no TOC e estão associadas às demais dimensões, como foi comentado. Geralmente são precedidas por dúvidas, pela necessidade de ter certeza de que a possibilidade de algum dano ou a ameaça foi reduzida ou totalmente eliminada (medo de que a porta ou a geladeira não ficaram bem fechadas, ou o fogão e o gás não foram desligados). As situações mais críticas são aquelas nas quais as conseqüências de uma falha, pela qual o paciente se sente responsável poderiam ser graves (roubo, incêndio, inundação, morte, ser preso). Conseqüentemente nessas situações o impulso de realizar verificações é mais intenso como, por exemplo, ao sair de casa - deixar um eletrodoméstico ligado e a casa incendiar, a torneira aberta e a casa alagar, ao estacionar o carro - deixar a porta ou algum vidro aberto, antes de deitar - deixar uma janela aberta ou a porta mal fechada e um ladrão invadir a casa, ao sair do trabalho - deixar um aparelho ligado e ocorrer um incêndio.

Necessidade de ter garantias, perguntar, confirmar, escrupulosidade

A necessidade de ter certeza ou de obter garantias de que não ocorreu uma determinada falha, de que algo foi executado de forma perfeita ou de que o risco não existe manifesta-se muitas vezes sob a forma de perguntas

repetidas. A necessidade de realizar verificações diminui quando o paciente está na presença de outras pessoas ou do próprio terapeuta. Como, por exemplo, uma paciente ao tomar o banho exigia a presença de um familiar confirmar que todas as partes do corpo haviam sido lavadas e bem lavadas. Acredita-se que esse fenômeno ocorra em razão do compartilhamento da responsabilidade percebida.

Verificações dissimuladas ou encobertas

É comum que, além de fazer verificações repetidas e explícitas os pacientes façam verificações dissimuladas e mais subtis como olhar demoradamente os botões do fogão, torneira do gás (para ter certeza de que estão desligados), portas da geladeira (bem fechadas), a assinatura de um documento para confirmar se está exata, ou olhar demoradamente as lâmpadas, ou apaga-las e acende-las repetidamente para garantir que estão (bem) apagadas, ou ainda passar as mãos no fundo da caixa de correspondência mesmo depois de ver que está vazia.

Verificações mentais

As verificações podem ainda ser mentais: repassar mentalmente várias vezes um texto lido e recitá-lo mentalmente, visualizar repetidas vezes uma mesma cena ou filme, repassar minuto a minuto um determinado trajeto, reproduzir mentalmente uma conversa ou diálogo mantido em certa ocasião, para ter garantias (certeza) que nenhum detalhe tenha sido esquecido, ou que nada de errado foi dito, ou ainda, revisar listas várias vezes para que nada seja esquecido, etc. ”

Eventualmente essas dúvidas assumem um caráter quase delirante, como ficar com dúvida se a porta está fechada mesmo vendo a lingueta da fechadura encaixada no respectivo orifício, ou verificar se não caiu um objeto da bolsa mesmo que nada tenha sido visto caindo, ou ter a necessidade de mostrar as mãos molhadas para outra pessoa para ter certeza de que foram lavadas, ou o no banho o cabelo com xampu para a mãe, para ter garantias que passou o produto. O paciente não confia no que está vendo.

Pensamentos repugnantes(agressão/sexo/religião)

Pensamentos de conteúdo violento ou agressivo

São comuns, no TOC, pensamentos indesejáveis e perturbadores envolvendo agressão ou violência, sexo ou ainda religião (blasfêmias). Tais pensamentos são interpretados erradamente como um indicativo de existe um risco de a praticá-los. Por esse motivo o indivíduo passa a vigiá-los e tenta, sem sucesso, suprimi-los e afastá-los da mente o que de acordo com a teoria cognitiva aumenta sua frequência e intensidade.

Exemplos de obsessões de conteúdo violento: atirar o bebê da sacada, empurrar alguém (um idoso, uma criança) para debaixo dos carros, envenenar o filho com venenos domésticos, atropelar uma pessoa ou animal no trânsito, esfaquear um familiar.

No TOC são comuns medidas de segurança como colocar telas nas janelas, esconder facas, evitar passar perto de pedestres, evitar cumprimentar pessoas, checar a sacola várias vezes para ver se não há algum veneno, etc. Também são comuns as checagens como verificar constantemente o espelho retrovisor ou de refazer várias vezes o trajeto no trânsito e até descer na calçada para certificar-se de que não atropelou algum transeunte, um gato ou um cão; verificar os e-mails para certificar-se de que não escreveu nada ofensivo ou até não responde-los, ou repassar conversas e diálogos para certificar-se de que não disse nada que possa ter magoado outra pessoa.

Obsessões de conteúdo sexual inaceitável, dúvidas quanto à orientação sexual

Pensamentos, impulsos ou a visualização de cenas de conteúdo sexual inaceitável e até repugnante atormentam muitos indivíduos com TOC. São acompanhadas de grande angústia, medo, culpa e até depressão, ao contrário de fantasias sexuais normais que são acompanhadas de excitação, desejo ou prazer. São desagradáveis, consideradas claramente impróprias ou antinaturais e contrariam os próprios desejos e princípios da pessoa. Confundem o paciente que as interpreta como indicadores de algum desvio moral ou do caráter ou reveladoras de um lado perverso ou secreto de sua personalidade.

Exemplos de pensamentos ou impulsos de conteúdo sexual inaceitável: molestar um bebê; abaixar as calças ou levantar o vestido de outras pessoas na rua; fazer sexo com irmão ou irmã, com uma pessoa desconhecida que avistou na rua ou um mendigo, com animais de estimação; impulso de olhar

fixamente para os genitais de outras pessoas; dúvidas em relação a própria orientação sexual.

Pensamentos de conteúdo blasfemo

Na maioria das religiões respeitar (e temer) a Deus é uma das regras mais importantes. “Amarás a Deus sobre todas as coisas” é o primeiro mandamento. Transgredi-lo representa séria ameaça de castigo. Pensamentos intrusivos de conteúdo blasfemo são muito comuns no TOC. Sua presença é interpretada, especialmente em pessoas muito religiosas, de forma catastrófica - como prova de que deixou de amar a Deus, como pecado grave, sendo por esse motivo merecedor de castigo, correndo o risco de condenação eterna ao fogo do inferno.

Exemplos de obsessões de conteúdo blasfemo: pensamentos intrusivos ou cenas praticando sexo com a Virgem Maria, com Jesus Cristo ou com os(as) santos(as); impulso de dizer uma obscenidades ou um palavrão durante o sermão ou num momento solene da missa de domingo, etc. Também são comuns pensamentos envolvendo o demônio, “entidades” que contrariam a própria religião ou palavras, p.ex. “diabo”. É comum a necessidade de confessar-se repetidamente ou de executar rituais de purificação, tais como rezas, banhos, lavagens ou penitências, como forma de neutralizar a aflição associada.

Obsessões ou compulsões de conteúdo supersticioso

No TOC são comuns pensamentos supersticiosos envolvendo números, cores rituais executados com a finalidade de prevenir desgraças, pelas quais o indivíduo se sente responsável em prevenir e acredita que tem o poder para tanto. As mais comuns envolvem números, cores, que são considerados de sorte ou de azar. Subjacentes estão as leis da magia simpática segundo as quais as propriedades de um objeto podem se transmitir pelo contato ou pela semelhança e a pessoa pode agir a distância ou no futuro. É comum o medo de usar roupas pretas ou vermelhas, de entrar em cemitérios ou funerárias ou fazer qualquer atividade em determinados horários.

Obsessões e compulsões por ordem, simetria, sequência ou alinhamento

Alguns pacientes perdem muito tempo organizando as roupas nas prateleiras do guarda-roupa, em razão de cores, tamanhos, etc. Sentem necessidade de colocar objetos em cima da escrivaninha numa certa ordem ou posição (a certa), alinhar objetos no armário do banheiro, os livros na estante, os pratos e os talheres na mesa, os quadros na parede e até a comida no prato. Os lados da colcha da cama precisam estar absolutamente simétricos, e qualquer objeto fora do lugar provoca grande aflição e desencadeia o impulso de alinhá-lo. Também é comum ter de realizar algumas tarefas em determinada sequência ou de acordo com certas regras.

Exemplos de compulsões por ordem, sequência ou alinhamento

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

Da mesma forma que nas repetições e contagens, as compulsões por simetria, alinhamento ou sequência podem ser precedidas por um fenômeno sensorial do tipo “tenho que...”, ou *justright* (para que as coisas fiquem “direitas”) ou ainda, embora mais raramente, por um pensamento supersticioso ou catastrófico cuja ameaça o paciente acredita ser prevenida com o ritual.

Obsessões diversas: contar, repetir certos atos

Contar mentalmente é bastante comum em diferentes momentos da vida, como por exemplo, quando uma pessoa está aguardando na fila do banco ou na sala de recepção do médico, ou quando faz compras no supermercado. Também é comum nessas situações contar os quadros na parede, o número de janelas do prédio, de pessoas na fila, ou assoviar muitas vezes uma mesma música, como forma de distrair-se e o tempo de espera passar mais rápido. Essas contagens e repetições são normais, porque, se o indivíduo o desejar, poderá interrompê-las sem ficar aflito. Entretanto em indivíduos com TOC é

comum a necessidade de contar mentalmente enquanto realiza determinada atividade, como o banho ou a escovação de dentes, ou as janelas dos edifícios, ou o número de letras contidas num anúncio.

Outros exemplos de compulsões de repetição: repetir determinada reza um número exato de vezes antes de deitar, lavar cada lado do corpo ou escovar os dentes um determinado número de vezes ou par ou ímpar, ler letreiros ou placas da rua, somar os números das placas dos carros (e, eventualmente, tirar os nove fora), ler ou reler o mesmo parágrafo ou página de um jornal ou de um livro, pôr e tirar certa peça de roupa, atar e desatar o cadarço dos sapatos, apagar e acender a luz, sentar e levantar da cadeira, entrar e sair de uma peça da casa, esfregar o sabonete ou passar o xampu no cabelo um determinado número de vezes.

As contagens e repetições podem ser precedidas geralmente por um pensamento supersticioso catastrófico, de que algo ruim poderá acontecer caso não execute um ritual um determinado número de vezes considerado “bom”, associado a sorte, por exemplo, seis vezes (pensamento mágico). E se, por acaso, se distrair, errar a contagem ou não interromper no número favorável terá que recomeçar e executar o número exato previamente determinado.

Armazenar, guardar ou acumular objetos inúteis ou compulsão por poupar ou guardar (coleccionismo)

O colecionismo (coleccionamento ou transtorno do coleccionamento) é a tendência a guardar em demasia objetos que não tem utilidade, valor real ou afetivo e a dificuldade em descartá-los. Geralmente acumulados de forma desordenada, atravancam espaços da casa e dificultam seu uso habitual. Jornais velhos, revistas, recortes, caixas vazias, embalagens e caixas vazias, recibos de contas vencidas e pagas há muito tempo, roupas que não servem mais ou que estão fora de moda, sapatos que não serão mais usados, são alguns itens que costumam ser guardados. Geralmente as compulsões de armazenamento são acompanhadas de outros sintomas OC.

Existe, entretanto uma forma de armazenamento compulsiva denominada de colecionismo primário (transtorno do coleccionamento)

geralmente não acompanhada de outros sintomas do TOC. Os sintomas são mais graves, de difícil tratamento, estão associados a um comprometimento social maior, a um menor insight, tendem a ter um início mais cedo e a serem mais crônicos. Os indivíduos com esse transtorno dificilmente reconhecem a natureza patológica da doença – ausência de *insight* e aparentemente sofrem menos (ego-sintônicos).

Comentários finais

O TOC é um transtorno heterogêneo com manifestações muito diversificadas. Os manuais de TCC recomendam que no planejamento das estratégias terapêuticas sejam levados em conta não só os subtipos de sintomas, mas sobretudo sua função: produzir alívio, afastar ameaças, ter certeza de que os riscos foram eliminados, diminuir responsabilidades, ou evitar falhas. São funções que de acordo com o modelo cognitivo-comportamental contribuem para a perpetuação do transtorno. Identificá-las é crucial para a proposição de intervenções psicoterápicas mais específicas.

RESUMO E DESTAQUES

- O TOC se caracteriza pela presença de obsessões e ou compulsões.
- Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens, recorrentes e persistentes, experimentados como intrusivos, que causam acentuada ansiedade ou desconforto, interferem nas atividades diárias, nas relações interpessoais ou ocupam boa parte do tempo do indivíduo.
- Em razão da ansiedade que acompanha as obsessões o indivíduo com TOC é compelido a neutralizá-las através das compulsões, compulsões mentais, evitações e da hipervigilância.
- Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais voluntários e intencionais que a pessoa é compelida a executar com a finalidade de neutralizar os medos que acompanham as obsessões e de reduzir ou eliminar as possíveis ameaças imaginadas. Impedem, entretanto, a exposição e a eliminação dos medos através do seu enfrentamento e reforçam o TOC pelo alívio passageiro que provocam.

- Neutralizações são estratégias menos repetitivas e estereotipadas que os rituais, geralmente encobertas, destinadas a reduzir a ameaça ou o desconforto associado às obsessões. As mais comuns são substituir uma imagem ou pensamento “ruim” por um “bom”, repassar memórias dos fatos em busca de certeza, argumentar mentalmente e solicitar garantias para as outras pessoas.
- A hipervigilância contribui para a proeminência e a persistência das obsessões.
- A sensação de nojo sem que necessariamente haja um medo de contaminação subjacente pode induzir à realização de rituais como lavagens ou troca de roupas repetidas e evitações.
- Fenômenos sensoriais, entre eles as experiências sensoriais do tipo “justright” e “notjustright” ou incompletude podem preceder as compulsões.
- O TOC é um transtorno heterogêneo. Análises fatoriais identificaram de 4 a 6 fatores ou dimensões independentes: 1)contaminação/lavagens; 2)dúvidas e verificações; 3)simetria, exatidão, ordem, sequência e alinhamento; 4)Obsessões de conteúdo violento, sexual ou blasfemo; 5) compulsão por armazenar, poupar.

BIBLIOGRAFIA

1. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Feb;56(2):121-7.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):53-63.
4. Vivan A. Prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo alunos de escolas do segundo grau de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado. 2013.
5. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996 Jul;169(1):101-7.
6. Murray CL, Lopez AD, editors. *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization; 1996.
7. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb;64(2):152-5.

8. Hollander E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(Suppl 12):3-6.
9. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002 Sept;24(3):113-20.
10. Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., Mathis, M. A., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008; 30, 185-196.
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Purdon C, Clark DA: Overcoming obsessive thoughts: how to gain control of your OCD. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2005.
13. Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*. 1997; 35: (9): 793-802.
14. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: The Guilford Press, 2007.
15. Davey GC. Disgust: the disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011 Dec 12;366(1583):3453-65.
16. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56:420-430. Z
17. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette Syndrome. *Brit J Psychiatry*. 1997;170:140-145.
18. Coles ME, Frost RO, Heimberg R G, Rhéaume J. Not just right experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res and Ther*. 2003; 41: 681–700.
19. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. "Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res and Ther*. 2005; 43: 153-167.
20. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):675-80.
21. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther*. 2002; 40:625-639.
22. McGuire JF, Storch EA, Lewin AB, Price LH, Rasmussen SA, Goodman WK. The role of avoidance in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012 Feb;53(2):187-94.
23. Starcevic V, Berle D, Brakoulias V, Sammut P, Moses K, Milicevic D, Hannan A. The nature and correlates of avoidance in obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Oct;45(10):871-9.
24. Ladouceur R, Freston MH, Gagnon F, Thibodeau N, Dumont J. Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behav Modif*. 1995 Apr;19(2):247-57.
25. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999 Jul;37Suppl 1:S29-52.
26. Freston MH, Ladouceur R. What do patients do with their obsessive

thoughts? *Behav Res Ther.* 1997; 35: 335-348.

27. Rachman S, Shafran R, Mitchell D, Trant J, Teachman B. How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behav Res Ther.* 1996 Nov-Dec;34(11-12):889-98.

28. Tata PR, Leibowitz JA, Prunty MJ, Cameron M. Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.* 34, 53-60 (1996).

29. Najmi S, Hindash AC, Amir N. Executive control of attention in individuals with contamination-related obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety.* 2010 Sep;27(9):807-12.

30. Wegner D M. *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control.* New York: Viking/Penguin. 1989.

31. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, Timpano KR, McGrath PB, Riemann BC, Adams T, Björgvinsson T, Storch EA, Hale LR. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess.* 2010;22(1):180-98.

32. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman, JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J of Psychiatry.* 2005; 162, 228–238.

33. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry.* 2006;11: 495–504.

34. Pinto A, Greenberg BD, Grados MA, Bienvenu OJ 3rd, Samuels JF et al.. Further development of YBOCS dimensions in the OCD Collaborative Genetics study: symptoms vs. categories. *Psychiatry Res.* 2008;160(1):83-93.

35. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectr.* 2007 May;12(5):376-87, 400.

36. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, Stein DJ, Matsunaga H, Wilhelm S. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):556-72.

37. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008 Dec;165(12):1532-42.

38. Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010;180(1):25-9.