

# **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Aristides Volpato Cordioli

## **INTRODUÇÃO**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios persistentes e recorrentes – as obsessões –, geralmente acompanhados de aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos através da realização de atos repetitivos e estereotipados – as compulsões ou rituais. Pelo tempo que tomam, pelo desconforto que provocam ou pelo que levam o paciente a executar ou a evitar, comprometem as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais (DSM IV, 1994).

O TOC é um transtorno heterogêneo, geralmente crônico, cujas causas podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial, constituindo prováveis subtipos no que se refere a etiologia, apresentação clínica, curso, prognóstico e resposta a tratamentos. Considerado raro até bem pouco tempo, na verdade é bastante comum, com uma prevalência em torno de 2,5% na população ao longo da vida (Karno et al., 1988). Acomete, em geral, pessoas jovens ao final da adolescência, sendo comum o início ainda na infância. Na maioria das vezes, os sintomas acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, evoluindo para uma progressiva deterioração em aproximadamente 10% dos casos (Lensi et al., 1996). É também grande o seu impacto sobre a família, pois os sintomas interferem nas rotinas e na vida social dos pacientes.

Não obstante o fato de suas causas não terem sido esclarecidas, nestas últimas três décadas foram desenvolvidos métodos de tratamento que conseguem reduzir os sintomas em mais de 70% dos casos: o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina, a

clomipramina, e a terapia comportamental de exposição e prevenção da resposta (EPR). Com os medicamentos, o usual é uma redução entre 20 e 60% dos sintomas, 40% em média. Entretanto, a remissão completa é rara – ao redor de 20% (The Clomipramine Collaborative Study Group, 1991; Pigott & Seay, 2000). São comuns as recaídas após a interrupção, e a intolerância aos efeitos adversos é uma causa freqüente de abandono (Pato et al., 1988; Pigott & Seay, 2000). A terapia de EPR foi introduzida na década de 70 e considerada eficaz em mais de 70% dos pacientes (Marks et al., 1975; Abramowitz, 1997). Entretanto, não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento os pacientes que apresentam obsessões não acompanhadas de rituais, ou convicções muito intensas e cristalizadas sobre seu conteúdo. São freqüentes o abandono e a não-adesão ao tratamento, os quais, somados, podem chegar a 30% (Marks et al., 1988), reduzindo, na prática, sua eficácia para aproximadamente 50% (Salkovskis et al., 2000). Por outra parte, parece ser eficaz em pacientes que não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento com psicofármacos (Simpson et al., 1999).

A partir da descrição de crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas obsessivos, contribuindo para sua gênese e manutenção (Salkovskis, 1985, 1989; OCCWG, 1997), vem sendo proposta a terapia cognitiva como uma alternativa para o tratamento do TOC (Emmelkamp et al., 1988; Van Oppen et al., 1995, Freeston et al., 1996), em especial para pacientes com obsessões não acompanhadas de rituais (Freeston et al., 1997), tendo, em princípio, uma eficácia semelhante à EPR (Cottraux et al., 2001). O usual, entretanto, é associar técnicas cognitivas à terapia de EPR e designar este novo modelo de terapia cognitivo-comportamental (TCC). O presente capítulo descreve a TCC do TOC, seus fundamentos e o modelo cognitivo-comportamental do TOC, a avaliação dos pacientes, indicações e contra-indicações, as técnicas comportamentais e cognitivas mais utilizadas, além da alta e da prevenção de recaídas.

## **OS FUNDAMENTOS DA TCC DO TOC**

### **A terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR)**

As primeiras tentativas de uso da EPR no TOC foram influenciadas pelas teorias da aprendizagem social de Bandura e pelos experimentos de dessensibilização sistemática de

Wolpe no tratamento de fobias. Com base nesses experimentos, Meyer (1966), utilizando exposição e prevenção de resposta, tratou com sucesso dois pacientes que apresentavam rituais e obsessões. O investigador atribuiu as mudanças à modificação de expectativas decorrentes do teste de realidade e da comprovação de que as expectativas catastróficas não se concretizavam. Estudos mais sistemáticos foram feitos somente no início da década de 70. A partir de observações empíricas com pacientes que apresentavam obsessões de limpeza e rituais de lavagem, ou obsessões de dúvida seguidos de rituais de verificação, diversos autores formularam a hipótese da existência de uma relação funcional entre rituais e obsessões: os rituais reduziram a ansiedade e o desconforto provocado pelas obsessões e esta era a razão da sua existência (Hogson & Rachman, 1972; Roper et al., 1973; Roper & Rachman, 1976). Os autores observaram, ainda, que o impulso de executar verificações ou lavações desaparecia espontaneamente depois de um período entre 15 e 180 minutos caso fosse solicitado aos pacientes que se abstivessem de realizar os rituais ou permanecessem em contato com os objetos ou situações evitados. Também foi observado que, a cada exercício, a intensidade dos sintomas era menor, chegando ao desaparecimento completo com as repetições (Roper et al., 1973; Rachman et al., 1976; Lickierman & Rachman, 1980). Este fenômeno natural ficou conhecido como habituação e passou a ser a base da terapia de EPR.

Nesta mesma época, dois ensaios clínicos pioneiros foram realizados utilizando a exposição e a prevenção de resposta em ambiente hospitalar, observando-se a redução dos sintomas obsessivos em poucas semanas (Meyer et al., 1974, *apud* Jenike et al., 1990, p.208; Marks et al., 1975). Os pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois, tendo sido definitivamente comprovada a possibilidade de se eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves, que passaram, desde então, a ser um dos tratamentos de escolha para o TOC.

### **O modelo comportamental**

A resposta à terapia comportamental fez com fosse proposto um modelo explicativo para os fenômenos obsessivos, com base na teoria da aprendizagem e no modelo comportamental da ansiedade (Mowrer, 1939), contrapondo-se à explicação psicodinâmica até então prevalente. O modelo comportamental considera a ansiedade e o medo patológicos

como resultantes de aprendizagens errôneas, podendo ser desaprendidos. Os sintomas obsessivo-compulsivos seriam resultantes de aprendizagens defeituosas que ocorreriam em dois estágios. Num primeiro estágio, o medo e a aflição seriam associados a estímulos internos – pensamentos intrusivos até então neutros (obsessões): **condicionamento clássico** em consequência de experiências de natureza traumática. Tais medos seriam generalizados para objetos, situações ou mesmo pensamentos que tivessem alguma associação com o estímulo original. Num segundo momento, através de tentativas de ensaio e erro, o indivíduo descobriria táticas que neutralizariam ou eliminariam tais medos: execução de rituais, comportamentos evitativos, reasseguramentos. A eficácia em produzir alívio aumentaria a frequência do uso dessas estratégias, tornando tais comportamentos estereotipados, repetitivos e frequentes (rituais): **condicionamento operante** (Salkovskis et al., 1998; Salkovskis, 1999). Em resumo, a função das compulsões e da evitação, de acordo com o modelo, seria de interromper ou impedir a exposição a estímulos que, por algum motivo, passaram a ser temidos, eliminar a ansiedade associada ou impedir seu surgimento. Por impedirem a exposição, impedem a extinção natural e espontânea dos medos através da habituação. O resultado é a sua perpetuação, bem como das estratégias usadas para neutralizá-los, consolidando-se, dessa forma, o TOC.

O argumento mais forte a favor deste modelo é o grande aumento da aflição observado sempre que os pacientes deixam de executar os rituais ou entram em contato com as situações ou objetos evitados. Ainda a favor estão a observação de que a ansiedade se extingue espontaneamente quando os rituais não são executados e o sucesso da terapia de EPR.

A crítica ao modelo é que ele não explica o motivo pelo qual muitas pessoas têm o impulso de executar rituais mesmo sem que tenha ocorrido alguma cognição (obsessão), à semelhança do que ocorre com os tiques no transtorno de Tourette. O modelo também não explica porque, na maioria das vezes, o início dos sintomas não está relacionado a nenhuma experiência traumática (condicionamento clássico) (Jones & Menzies, 1998), não inclui os fatores de ordem biológica, desconsidera o papel das crenças disfuncionais frequentes em portadores do TOC e seu provável papel de moduladoras da necessidade de executar ou não rituais. Este último aspecto foi em parte superado com a proposição de um modelo cognitivo-comportamental para o TOC, que valoriza o papel das crenças e interpretações errôneas, particularmente aquelas relacionadas com a responsabilidade e o risco, no surgimento e manutenção dos sintomas obsessivos (Salkovskis, 1985, 1989).

## **O modelo cognitivo do TOC**

Pensamentos, imagens, idéias, dúvidas, impulsos que irrompem na consciência fazem parte da atividade cognitiva normal das pessoas. Em geral são neutros, redundando eventualmente em criatividade e produtividade. Ocorrem como um processo automático, involuntário, provavelmente ligado às preocupações do indivíduo naquele momento, e são um fenômeno universal (Rachman & de Silva, 1978). O modelo cognitivo propõe que interpretações distorcidas são as responsáveis pelo fato de determinados pensamentos intrusivos assumirem um significado especial para o indivíduo, ativando pensamentos automáticos de natureza negativa ou catastrófica e emoções desagradáveis: medo, desconforto, ansiedade e depressão. Em consequência dessas interpretações distorcidas, tais pensamentos assumem um significado especial, o que faz com que aumentem de frequência, compelindo o indivíduo a adotar estratégias para neutralizá-los: aumentar a vigilância, realizar atos voluntários (rituais, evitações, reassuramentos) para afastá-los ou para evitar os desfechos catastróficos imaginados. O sucesso momentâneo de tais estratégias acaba perpetuando o transtorno (Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997).

## **Crenças disfuncionais no TOC**

Foram descritas crenças disfuncionais em portadores do TOC que, embora não sejam específicas, poderiam contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997). Tais crenças disfuncionais envolveriam seis domínios: tendência a superestimar o risco, a responsabilidade, o poder do pensamento, a necessidade de controlá-lo, a necessidade de ter certeza e o perfeccionismo (OCCWG, 1997). De fato, estudos experimentais têm demonstrado uma correlação entre a intensidade das crenças e os sintomas obsessivo-compulsivos (Neziroglu et al., 1999).

A partir da descrição das crenças disfuncionais, técnicas cognitivas foram propostas para sua correção e vêm sendo incorporadas no tratamento dos sintomas obsessivo-

compulsivos (Van Oppen e Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Salkovskis, 1985, 1999; Salkovskis et al., 1998) associadas à terapia de EPR. Essas técnicas serão descritas mais adiante.

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA**

A TCC no TOC é um tratamento geralmente breve e segue as seguintes etapas:

- avaliação do paciente e indicação do tratamento;
- motivação do paciente, informações psicoeducativas e estabelecimento da relação terapêutica;
- treinamento na identificação dos sintomas;
- listagem e hierarquização dos sintomas pelo grau de aflição associada;
- sessões da terapia;
- técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta;
- modelação;
- estratégias especiais para o tratamento de obsessões;
- técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais;
- prevenção de recaída, a alta e a terapia de manutenção.

### **Avaliação do paciente e indicação da TCC**

A avaliação do paciente é realizada mediante uma entrevista semi-estruturada que tem por objetivo identificar os sintomas obsessivo-compulsivos e manifestações do TOC: obsessões, rituais, rituais mentais, comportamentos associados (esquiva, lentificação obsessiva, postergação, busca de reassuramentos, ruminações), pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, além de estabelecer o diagnóstico positivo de TOC, bem como os diagnósticos associados ou comorbidades. Deve incluir uma boa história psiquiátrica, identificando as situações, locais ou objetos que provocam os sintomas; esclarecer seu início,

se insidioso ou abrupto, se precoce (ainda na infância ou adolescência) ou tardio (na idade adulta); se os sintomas são estáveis ou se apresentam flutuações; se estão associados ou não a alguma doença física (infecções de garganta, tiques, problemas neurológicos, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral) ou agente estressor importante; se são desencadeados ou agravados por conflitos familiares ou de outra natureza; o grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na família, nas atividades sociais; e se existem outros familiares com o mesmo problema (fator genético ou ambiental). É importante, ainda, um levantamento de tratamentos já realizados (medicamentos ou psicoterapia) e o grau de sucesso ou insucesso alcançado. Além da entrevista psiquiátrica usual, podem ser utilizados instrumentos padronizados (MINI, SCID) para o levantamento de comorbidades, e escalas (Y-BOCS, NIHH- OC, CGI) para avaliar a gravidade dos sintomas.

### **Comorbidades**

Tanto obsessões como compulsões e evitações podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos além do TOC, como transtornos de impulsos, transtornos alimentares, depressão, parafilias, estresse pós-traumático, etc. É importante investigá-los, pois caso o paciente os apresente, a abordagem terapêutica deverá ser distinta. É muito comum a presença associada de depressão, fobia social, ansiedade generalizada ou mesmo transtornos mais graves, como psicoses ou transtorno bipolar, que, eventualmente, representam contra-indicações à TCC. Os sintomas depressivos e, da mesma forma, os decorrentes de outros transtornos de ansiedade podem interferir na capacidade do paciente de realizar as tarefas da terapia comportamental. É possível, ainda, que recaídas ocorram, exigindo, em geral, o uso associado de medicamentos. É comum também a presença de transtornos do chamado espectro obsessivo-compulsivo, como o transtorno de Gilles de la Tourette (TGT), caracterizado por tiques vocais e motores ou somente tiques, a tricotilomania (arrancar cabelos), a compulsão por se beliscar, comprar compulsivamente, que podem exigir outras abordagens. Da mesma forma, transtornos de tiques ou TGT, ou, ainda, febre reumática, podem apontar para um diferente subtipo de TOC, que pode ter uma menor resposta à TCC.

### **Contra-indicações da TCC e fatores preditivos de má resposta**

Ainda constitui uma questão em aberto quais as características pessoais dos pacientes que melhor respondem à TCC. Embora nem sempre concordantes, as pesquisas sugerem que a resposta à TCC pode ser limitada ou inexistente nas seguintes situações:

- a) *Depressão moderada ou intensa*: aparentemente não desenvolvem a habituação com a exposição e mantêm níveis elevados de ansiedade, apesar da exposição prolongada (Foa, 1979; Basoglu et al., 1988). Nesses casos, deve-se associar psicofármacos.
- b) *Convicção quase delirante ou supervalorizada sobre idéias obsessivas*: aderem pouco às tarefas de EPR (Foa, 1979; Neziroglu et al., 1999).
- c) *Sintomas muito graves*: em geral a adesão às tarefas de EPR é pobre. O ideal é iniciar com antiobsessivos e introduzir a TCC de forma gradual.
- d) *Ansiedade intensa*: são pacientes com diferentes comorbidades (ansiedade generalizada, pânico, fobias, transtornos somatoformes) que poderão não tolerar o aumento adicional da ansiedade e necessitar do uso associado de psicofármacos.
- e) *Psicoses*: esses pacientes têm dificuldade de estabelecer um vínculo terapêutico e levar adiante as tarefas. Existe ainda a possibilidade de recaídas durante o tratamento e a necessidade do uso adicional de antipsicóticos.
- f) *Transtorno do humor bipolar*: pode-se indicar a TCC caso o transtorno esteja controlado com medicamentos. Deve-se, entretanto, ficar atento para eventuais recaídas e, se for o caso, dar preferência ao controle dos sintomas do transtorno do humor através de medicamentos.
- g) *Tiques ou transtorno de Tourette*: nesses pacientes, considerados portadores de um subtipo distinto do TOC, muitas vezes fenômenos compulsivos não são acompanhados de obsessões ou, pelo menos, da ansiedade comum dos pacientes com TOC. Sem ansiedades ou vivências obsessivas desencadeadas pela prevenção da resposta, tais pacientes respondem menos à terapia de EPR (Miguel et al., 1995). Observou-se que pacientes com TOC e tiques associados melhoram de forma mais efetiva quando há associação entre inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e neurolépticos do que quando apenas ISRS são utilizados.

- h) *Transtorno de personalidade esquizotípico*: não respondem bem à terapia de EPR (Jenike et al., 1990).
- i) *Transtorno de personalidade do tipo histriônico ou borderline*: nesses casos, a TCC é, em princípio, contra-indicada, devido a baixa tolerância à frustração, pouca persistência nas tarefas e dificuldades de se vincular ao terapeuta.
- j) *Falta de motivação ao tratamento e de adesão às tarefas*: a adesão às tarefas é talvez o fator mais crítico para a eficácia da terapia de EPR (Ito et al., 1995).

### **Informações psicoeducativas, motivação do paciente para o tratamento e estabelecimento da relação terapêutica**

A entrevista inicial também tem a finalidade de motivar o paciente, avaliar sua capacidade para tolerar ansiedade e de certificar-se de sua efetiva adesão ao tratamento. São naturais as dúvidas e a ambivalência, mas é fundamental resolvê-las antes de se iniciar a terapia, para evitar desistências e abandonos, problemas críticos da TCC. Não se pode deixar de avaliar a disponibilidade de tempo do paciente para comparecer às sessões e para a realização dos exercícios (em geral, um mínimo de 20 horas é necessário), bem como condições de arcar com os custos caso o tratamento for pago.

Os primeiros contatos são cruciais para o estabelecimento de um bom vínculo com terapeuta e da chamada aliança de trabalho. Embora dependa muito de aspectos pessoais do próprio paciente (transferência), o estabelecimento do vínculo depende também da pessoa do terapeuta, sua capacidade de empatia, cordialidade, calor humano, interesse genuíno em ajudar e facilidade de se relacionar. É indispensável que o paciente sinta confiança na competência profissional do terapeuta para aceitar uma proposta que implica eventualmente um aumento imediato de sua aflição e sofrimento.

Com o objetivo de motivar o paciente para o tratamento, o primeiro passo é dar informações básicas sobre o TOC e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental. Questões a serem esclarecidas com o paciente e, eventualmente, com os familiares, tendo em vista motivá-lo para o tratamento, envolvem os assuntos a seguir:

- 1) O que é o TOC, o que são obsessões, compulsões e evitações, suas possíveis causas, curso e prognóstico; seu custo em termos de comprometimento do desempenho profissional, interferência nas relações interpessoais e familiares e os tratamentos disponíveis.
- 2) Familiarização com o modelo cognitivo-comportamental: a influência de pensamentos e crenças sobre a conduta (rituais e evitações); a relação funcional entre obsessões e rituais; as estratégias de neutralização que, embora provoquem um alívio imediato, perpetuam o TOC; as crenças errôneas subjacentes aos sintomas.
- 3) Como a terapia cognitivo-comportamental pode provocar a redução dos sintomas: sua base no fenômeno da habituação mediante a exposição *in vivo* de forma repetida e em níveis crescentes – porém suportáveis – de ansiedade e a correção de crenças errôneas por técnicas cognitivas.
- 4) Como são as sessões da TCC: agenda, monitoramento dos sintomas, revisão de tarefas semanais, registros, exercícios de EPR e de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, nas sessões e a domicílio; o incremento inicial da ansiedade e o desaparecimento posterior tanto da necessidade de executar rituais como das obsessões e medos; o que é esperado do paciente, a realização de tarefas em casa nos intervalos entre as sessões, o tempo necessário para a realização dos exercícios, registros, duração da terapia, etc.
- 5) Criar expectativas positivas de mudança. Pacientes com depressão associada, descrentes da possibilidade de mudanças em função da duração da doença, de tratamentos anteriores malsucedidos, ou com crenças demasiadamente intensas e cristalizadas sobre as obsessões, têm dificuldade em acreditar na possibilidade de mudar padrões de comportamento. Expectativas negativas em relação à própria capacidade de tolerar o aumento da aflição decorrente dos exercícios de EPR devem ser identificadas e abordadas. O terapeuta poderá, inicialmente, referir resultados de pesquisas ou de outros tratamentos, esclarecer as dúvidas que efetivamente se dissiparão quando o próprio paciente realizar as atividades e obtiver sucesso, descobrindo que é capaz de suportar o desconforto associado. É importante salientar que o sucesso depende essencialmente da adesão aos exercícios: tempo dedicado e frequência com que são realizados.

Os familiares podem ser importantes aliados na TCC ou, eventualmente, dificultá-la, se não compreenderem o que é o TOC e a base racional do tratamento. É conveniente que as

mesmas explicações sejam dadas também a eles, em conjunto com o paciente, para que compreendam o que é o transtorno, esclareçam suas dúvidas e sejam orientados em relação às atitudes mais adequadas, como, por exemplo, não reforçar rituais, não oferecer reassseguramentos, mesmo em momentos de grande ansiedade, ou evitar críticas caso ocorram lapsos ou recaídas. Ao final da entrevista, é importante que o paciente expresse de forma explícita sua decisão de realizar tratamento.

### **Identificação dos sintomas e elaboração da lista hierárquica**

Uma vez aceita a terapia, a tarefa seguinte é habilitar o paciente a reconhecer obsessões, compulsões ou rituais, compulsões mentais e comportamentos associados ao TOC, tais como evitações, ruminações e postergações, distinguindo esses fenômenos de pensamentos e comportamentos “normais”. A partir de exemplos do próprio paciente, deve-se explicar o que são esses fenômenos, verificando se efetivamente consegue reconhecê-los e distingui-los de outros pensamentos e comportamentos e prescrevendo para casa exercícios semelhantes. Para não sobrecarregar o paciente com informações demasiadas, convém deixar para um segundo momento (terceira ou quarta sessão) uma explanação mais detalhada sobre o modelo cognitivo, crenças disfuncionais, sua identificação e o treino em exercícios de correção.

Uma vez estando habilitado a reconhecer os sintomas, o passo seguinte é a elaboração da lista, o mais completa possível, das obsessões, rituais, compulsões mentais e evitações. Esta lista pode ser iniciada ainda na consulta e completada como tarefa de casa. Podem ser utilizados instrumentos auxiliares, como a *Y-BOCS check-list* e a lista de comportamentos evitativos (disponíveis no site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc)). Pode-se, ainda, solicitar o auxílio de familiares mais próximos, que muitas vezes observam comportamentos que passam despercebidos ao próprio paciente.

Uma vez elaborada a lista dos sintomas, hierarquizados mediante a atribuição dos escores 0 (nenhum), 2,5 (fraco), 5 (médio), 7,5 (forte) ou 10 (extremo) em relação ao grau de aflição ou desconforto que é sentido quando a mente é invadida por uma obsessão específica ou quando o paciente deixa de executar um determinado ritual ou tocar em objetos evitados. Exemplo: “Qual o grau de aflição sentindo quando sua mente é invadida por um pensamento ‘horrível’, ou quando um amigo seu chega da rua e se senta na sua cama?”. Uma forma

simples de hierarquização é solicitar ao paciente que classifique os sintomas pelo grau de dificuldade (extrema, muito grande, média, fraca ou nenhuma) que sente ao se expor ou se abster de executar um ritual específico. É importante, ainda, quantificar o número de vezes que o paciente executa um ritual (número de vezes que lavou as mãos pela manhã, ou número de verificações da porta que executou antes de deitar), o tempo gasto para se arrumar antes de sair de casa (lentidão obsessiva), o número de minutos ou horas por dia em que a mente fica ocupada com uma determinada obsessão, etc. A lista é útil para definir os primeiros exercícios de EPR, ou para analisar o grau de dificuldade e, assim, para fazer a escolha, iniciando pelos exercícios que o paciente considera mais fáceis de realizar e nos quais acredita ter maiores chances de ter sucesso. Também pode ser proposto que se inicie pelo sintoma que mais causa transtornos para si ou seus familiares e cuja eliminação representaria um grande alívio a todos. É importante que o paciente tenha um elevado grau de confiança em sua capacidade de executar as tarefas escolhidas, que as escolhas sejam suas e que ele não se sinta forçado pelo terapeuta.

### **As sessões da terapia**

As sessões da TCC para o TOC, como na terapia cognitiva em geral, são estruturadas, focadas nos problemas e sintomas, colaborativas e envolvem demonstrações, exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de automonitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta. A sessão é iniciada com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se a revisão das tarefas de casa, com a utilização dos registros para esta finalidade, a discussão das dificuldades em sua realização, exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios para a semana seguinte e, ao final, a avaliação da sessão. O tratamento em geral é breve – entre 3 e 6 meses, com sessões semanais durando em torno de uma hora, no início. À medida que os sintomas forem diminuindo, os intervalos entre as consultas podem ser maiores. São recomendadas sessões periódicas de reforço, durante algum tempo, após o término do tratamento.

Os objetivos devem ser claros e operacionais: não lavar as mãos ao chegar em casa da rua, verificar a porta apenas uma vez antes de deitar, demorar no máximo 10 minutos no

banho, sentar diariamente durante 30 minutos na cama com a roupa da rua. O ideal é selecionar três ou quatro tarefas para cada intervalo entre sessões, solicitando o registro dos exercícios num caderno específico e propondo a frequência e o tempo que o paciente deverá dedicar a elas. Recomenda-se, ainda, que as tarefas sejam repetidas o maior número de vezes possível. Quando a tarefa consiste em entrar em contato com objetos contaminados ou “sujos”, recomenda-se que o contato seja mantido até a ansiedade desaparecer por completo (habituação na sessão), lembrando que a ansiedade desencadeada será menor a cada exercício (habituação entre as sessões). Os exercícios de exposição devem ter, no mínimo, 15 a 30 minutos de duração, podendo durar até 3 horas (quando se trata de prevenção de resposta) ou até o paciente não sentir mais nenhuma aflição ou impulso para executar rituais. A cada sessão, as tarefas de casa são revisadas. Aquelas que forem consideradas plenamente dominadas são substituídas por outras inicialmente classificadas como tendo um grau maior de dificuldade e assim sucessivamente, até que toda a lista de sintomas tenha sido percorrida. A escala Y-BOCS pode ser utilizada para avaliar a progressão do tratamento.

## **TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS**

A TCC no tratamento do TOC utiliza intervenções comportamentais como a exposição, a prevenção da resposta ou dos rituais, a modelação, técnicas de automonitoramento, uso de registros, diários, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (questionamento socrático, explicações alternativas, experimentos comportamentais, lembretes, entre outras). Dentre estas, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta continuam sendo consideradas intervenções cruciais. A seguir é apresentada uma breve descrição das intervenções mais comuns.

### **Exposição**

É o contato direto e prolongado com situações, lugares ou objetos que o paciente evita em função de suas obsessões. Provoca um aumento da ansiedade que desaparece espontaneamente num período entre 15 minutos e 3 horas (habituação) (Roper et al., 1973). exposição também pode ser feita a obsessões ou a pensamentos “ruins” ou “horrríveis”. Para

tanto, deve-se evocá-los intencionalmente, mantê-los na mente sem tentar afastá-los e não utilizar nenhuma estratégia para neutralizá-los.

### **Prevenção da resposta**

É a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais ou da adoção de comportamentos evitativos, sejam eles manifestos ou encobertos (rituais mentais), ou quaisquer outras manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos associados às obsessões. Exemplos: abster-se de verificar, lavar excessivamente as mãos, alinhar objetos, fazer contagens, repetir perguntas, fazer as coisas numa certa ordem, não afastar pensamentos “ruins”, etc. Da mesma forma que ocorre com a exposição, a prevenção da resposta provoca um incremento inicial da ansiedade, que desaparece espontaneamente com o passar do tempo, reduzindo a intensidade do impulso a realizar rituais e, conseqüentemente, sua freqüência (Rachman et al., 1976).

### **Modelação**

É a realização, pelo terapeuta, de exercícios de demonstração de EPR diante do paciente. Sabe-se que a simples observação de outras pessoas executando tarefas consideradas de risco é uma forma de reduzir ou desaprender medos. Sabe-se também que a aflição é menor quando a exposição é realizada na presença de outra pessoa ou do terapeuta (Rachman & de Silva, 1978). Como exemplo, o terapeuta pode ter no consultório uma caixa de objetos “sujos” ou “contaminados”, como brinquedos usados, materiais de limpeza usados, seringas, esponjas, recipientes ou embalagens de produtos tóxicos, com os quais pode fazer as demonstrações. Pode, ainda, tocar na sola dos sapatos e “espalhar” a contaminação pelas roupas e o corpo, tocar em trincos de porta sem lavar as mãos posteriormente e solicitar ao paciente que repita essas ações. Os exercícios servem para ilustrar de forma didática o fenômeno da habituação, pois, em geral, a ansiedade, intensa no início, desaparece rapidamente ainda no decorrer da sessão. Em certos casos, pode-se solicitar que o paciente aguarde na sala de espera até duas horas após a sessão, para ter uma garantia de que o impulso de executar rituais (lavar as mãos, verificar) foi superado.

### **Técnicas para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio ou inaceitável**

A exposição e a prevenção da resposta são de difícil aplicação em pacientes que apresentam predominantemente obsessões, acompanhadas ou não de rituais. A partir da compreensão de algumas distorções cognitivas, como o exagero da importância atribuída a certos pensamentos – a chamada fusão do pensamento e da ação (Shafran et al., 1995) –, a hipervigilância e a necessidade de controlá-los, as estratégias sugeridas para o tratamento desses sintomas mudaram. Medidas anteriormente recomendadas, como tentar afastar pensamentos (“pare de pensar”), principalmente os de conteúdo agressivo, sexual, sacrílego ou violento, tinham o efeito paradoxal de incrementar sua frequência e intensidade, e são atualmente contra-indicadas (Lavy & Van Den Hout, 1990; Baer, 2000). Pacientes que apresentam tais pensamentos são orientados no sentido de:

- não fazer nenhum esforço para afastar os pensamentos da mente;
- em nenhuma hipótese, executar rituais manifestos ou encobertos (rituais mentais) destinados a neutralizá-los (repetir frases, rezar, fazer contagens);
- evocar intencionalmente os referidos pensamentos e mantê-los na consciência durante o tempo necessário para que a aflição desapareça;
- procurar não dar importância a tais intrusões, usando lembretes do tipo “isto é apenas um pensamento!” ou “pensar não é cometer!”;
- reduzir a hipervigilância, procurando realizar tarefas que distraiam a mente.

Se a obsessão for uma cena de conteúdo agressivo ou violento, pode-se solicitar ao paciente que escreva, num pequeno texto, a cena que lhe vem à mente, ou que pratique o impulso que o atormenta da forma mais detalhada possível e da maneira mais vívida que puder: as pessoas, os detalhes da cena e a seqüência de fatos catastróficos que poderiam ocorrer. Num segundo momento, o paciente deverá ler o texto repetidamente, várias vezes ao dia. Poderá, ainda, gravar a história em uma fita ou CD com a própria voz e ouvi-la repetidamente, realizando este exercício de três a quatro vezes ao dia, até que ele não evoque mais ansiedade alguma. É importante que nenhum pensamento neutralizador seja incluído na

gravação e que nenhuma manobra de neutralização seja praticada durante as audições (como fechar os olhos, produzir uma imagem, colocar fones de ouvido, etc.). Além de provocar a habituação, o paciente poderá comprovar que pensar não equivale a cometer, ou que pensar não aumenta as chances de que desastres aconteçam. Perceberá, ainda, uma diminuição da frequência e da necessidade de controlar tais pensamentos (Salkovskis, 1983).

## **TÉCNICAS COGNITIVAS**

As técnicas cognitivas propostas para o TOC são, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Beck para o tratamento da depressão e por Clark para o tratamento da ansiedade. Por serem mais complexas para o paciente, parece conveniente que sejam introduzidas na terapia quando ele já identifica os sintomas, rituais e manobras de neutralização, distingue obsessões de pensamentos normais, etc. É necessário dedicar algum tempo para a explanação de alguns conceitos-chaves e para um treinamento inicial, com exercícios e técnicas de correção de disfunções cognitivas realizados no próprio consultório. Os seguintes tópicos devem ser explanados ao paciente:

- 1) O modelo cognitivo-comportamental do TOC (ABC): situações (A) ativam crenças disfuncionais, pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (B); as interpretações errôneas ou o significado atribuído (negativo, catastrófico) a essas crenças têm conseqüências (C) emocionais (ansiedade, depressão), comportamentais (rituais, evitações, busca de reassuramentos) e psicológicas (atenção seletiva, hipervigilância) que, embora reduzam a aflição, perpetuam o ciclo.
- 2) As crenças e interpretações errôneas mais comuns em portadores do TOC e seu papel no surgimento e manutenção dos sintomas. Identificação das crenças disfuncionais do paciente (fazer lavagens excessivas por supervalorizar o risco de contrair doenças; repetir tarefas por não admitir falhas, etc.).
- 3) O papel das manobras de neutralização: produzir alívio imediato ao custo de perpetuar o TOC; a hipervigilância e a tentativa de controlar os pensamentos como contraproduzidas, pois aumentam sua intensidade e frequência e reforçam a crença distorcida de que quanto mais aflição um pensamento produz mais verdadeiro ele é.

- 4) Esclarecer ao paciente que a terapia é uma descoberta guiada: o que se pretende é auxiliar o paciente a substituir conclusões ilógicas e sem nenhum fundamento por pensamentos lógicos e baseados em evidências. Seus sintomas continuam, em grande parte, porque ele nunca testou certas convicções que toma como verdades e sobre as quais nunca parou para refletir. A terapia irá auxiliá-lo nesta reflexão, lançando dúvidas sobre crenças e regras que se constituíram num verdadeiro decálogo e do qual se tornou prisioneiro. Modificá-las representará um processo de libertação.

### **Técnicas cognitivas de correção de crenças disfuncionais**

Uma vez entendido o modelo, o passo seguinte é o treino do paciente na identificação de pensamentos automáticos catastróficos ou negativos que acompanham as obsessões e de crenças subjacentes aos sintomas, para posteriormente poder corrigi-los.

### **Identificação de pensamentos automáticos e crenças errôneas**

Para este objetivo, alguns exercícios podem ser feitos no consultório como treino e prescritos para realização em domicílio. Os exercícios podem ser feitos a partir da identificação de uma situação na qual o paciente tem pensamentos intrusivos ou realiza um ritual. Algumas perguntas que auxiliam:

- Que pensamentos passaram pela sua cabeça na ocasião?
- Que tipo de emoção (medo, aflição, culpa ou depressão) você sentiu?
- Como interpretou o pensamento que invadiu sua mente (responsabilidade, perigo, medo de falhar, culpa, possibilidade de causar dano aos outros ou não preveni-lo)?
- O que foi levado a executar (ritual, evitação, manobras para neutralização)?
- E o que sentiu depois de executar o ritual ou de evitar o que temia?
- E se não tivesse realizado o ritual ou a evitação, o que sentiria e o que passaria pela sua cabeça?

### **Corrigindo crenças errôneas: o questionamento socrático**

A estratégia central para a modificação de crenças errôneas é o seu questionamento, também chamado de questionamento socrático em homenagem ao filósofo grego que punha em dúvida as crenças e convicções dos seus contemporâneos.

O questionamento socrático deve ser feito com os pensamentos automáticos e crenças errôneas identificadas nos exercícios anteriores. É interessante e didático associar certas crenças específicas ao domínio geral ao qual pertencem: supervalorizar o risco e a responsabilidade, o poder do pensamento, etc. (por exemplo: ter medo de contrair doenças e evitar sentar em bancos de ônibus pertence ao domínio de supervalorizar o risco). O questionamento pode ser feito utilizando-se diferentes estratégias que foram adaptadas para o TOC (busca de evidências e explicações alternativas, torta da responsabilidade, questionamento do duplo padrão, duas teorias, questionamentos específicos para cada domínio de crenças, testes comportamentais, etc.) que serão descritos a seguir.

### **Questionando evidências e buscando explicações alternativas**

- 1) Que evidências eu tenho de que o que passa pela minha cabeça ou meus medos têm algum fundamento? E que evidências são contrárias?
- 2) Existe uma explicação alternativa para isso? (De que eu sou portador de um transtorno, por exemplo.)
- 3) Meus medos são baseados em alguma prova real ou ocorrem porque eu tenho TOC? O que é mais provável?
- 4) O que \_\_\_\_\_ (fulano) diria sobre meus medos?
- 5) Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- 6) Qual é a crença errônea?

### **A técnica das duas teorias (A e B)**

Uma das formas de mudar uma interpretação errônea (de um sintoma, situação ou pensamento) é auxiliar a pessoa a construir e testar uma explicação alternativa coerente, menos ameaçadora e causadora de aflição, modificando a forma como o paciente interpreta a ocorrência e o conteúdo dos pensamentos e impulsos intrusivos e levando-o a encará-los de forma mais realística. Isso pode ser feito pelo terapeuta ao propor e sugerir a testagem de explicações alternativas. Exemplo prático (Salkovskis et al., 1998):

Nós temos duas teorias alternativas para explicar o que ocorre com você:

- 1) **Teoria A:** Você está de fato contaminado e precisa se lavar porque pode contaminar sua família e ser responsável por doenças e, quem sabe, pela morte de familiares.
- 2) **Teoria B:** Você é uma pessoa muito sensível a medos de ser contaminado e reage a esses medos de uma forma que compromete sua vida: fazendo um excesso de lavagens seguidas.

Qual destas duas alternativas é a mais provável? Você já tentou lidar com este problema de acordo com a segunda hipótese, ou seja, como se fosse um problema de preocupação ou medo excessivo, e não uma possibilidade real?

### **A técnica da torta ou pizza da responsabilidade e o pensamento dicotômico**

Um exercício que pode ser útil para corrigir crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade é a elaboração da chamada torta ou pizza da responsabilidade, onde cada fatia representa o percentual atribuído a si próprio e a outros (Van Oppen & Arntz, 1994; Salkovkis, 1999). Deve-se solicitar ao paciente que faça uma lista de todos os fatores que podem influir num determinado desfecho catastrófico (doença, infarto, incêndio, morte, etc.), atribuindo percentuais equivalentes aos pesos que diferentes fatores podem ter para que o desfecho presumido ocorra e incluindo, por último, uma estimativa da própria responsabilidade. Depois, a torta desenhada é analisada, juntamente com os percentuais atribuídos ao peso relativo de cada um dos prováveis fatores concorrentes e o percentual atribuído a si próprio, em decorrência de o paciente acreditar ser o único e exclusivo responsável. Este exercício permite identificar e corrigir o pensamento dicotômico (tudo ou

nada), fazer o paciente se dar conta de que diversos fatores podem concorrer em diferentes graus para um desfecho, além de que é impossível ter o controle sobre todos os fatores, eliminar todos os riscos, ter certeza de que nada de ruim irá acontecer e jamais falhar.

### **Corrigindo a tendência a exagerar a importância e o controle dos pensamentos**

O questionamento socrático pode ser útil para pacientes que acreditam demasiadamente no poder do pensamento (fusão de pensamento e ação, pensamento mágico) ou na necessidade de controlá-lo. Tais pacientes expressam o medo de se tornar o contrário: sujos, agressivos, ateus ou com algum desvio de caráter. Assim, deve-se discutir a probabilidade de tais previsões catastróficas acontecerem, especialmente se for levado em conta o fato de os portadores do TOC normalmente serem pessoas inofensivas, incapazes de agredir ou religiosas, e mostrar aos pacientes que pensamentos intrusivos, de conteúdo agressivo, obsceno ou sexual ocorrem com todas as pessoas em algum momento, sem que necessariamente elas pratiquem esses pensamentos: “Imagine se você fosse pôr em prática tudo o que lhe passa pela cabeça!” (Salkovkis, 1999). Exemplos de questionamentos:

- Pensar é o mesmo que cometer?
- Pensar algo significa que vai acontecer (raciocínio cartesiano)?
- Ter um pensamento obsceno revela um desvio de caráter?
- Ter um pensamento blasfemo significa desejar ofender a Deus?
- Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- Qual a probabilidade (entre 0 a 100%) de que eu venha a fazer o que me passa pela cabeça?
- Quem é perturbado por obsessões de ferir um filho, visualizar cenas violentas, dizer blasfêmias? Indivíduos normais ou portadores de TOC?

### **Questionando o duplo padrão**

Os pacientes com TOC exageram as conseqüências negativas da responsabilidade: “Se meu filho contrair câncer, a culpa será minha, todos vão me condenar, e eu não terei mais amigos”. Além disso, eles tendem a avaliar de forma distinta uma eventual falha sua quando comparada a falhas cometidas por outras pessoas, com quem são mais indulgentes. Para esse tipo de situação, pode-se aplicar a técnica do questionamento do duplo padrão de julgamento: “Se isso que você imagina acontecesse com um amigo, você o condenaria da mesma forma como condena a si mesmo?”.

### **Experimentos comportamentais**

Uma forma muito eficiente de corrigir crenças errôneas é testando-as na prática. Pode-se solicitar ao paciente que descreva um erro (por exemplo, fazer um depósito numa conta bancária errada) e questionar as conseqüências que imagina possam ocorrer. Posteriormente, o paciente fará um experimento e a comparação entre o que aconteceu de fato e o que havia imaginado. Outros exemplos: deixar uma torneira não bem fechada durante uma hora e verificar se a casa é inundada; tomar uma decisão, como comprar uma roupa ou um eletrodoméstico, por exemplo, sem ter certeza de que está pagando o melhor preço, e, depois, descobrir se poderia ter feito um negócio melhor ou não, observando como se sente.

É particularmente difícil modificar crenças quando elas se referem a um futuro distante, como, por exemplo: “Irei para o inferno porque não consigo controlar meus pensamentos blasfemos”, ou “Meu filho poderá contrair câncer daqui a 20 anos por causa desta contaminação”. Nesses casos, a desconfirmação através de experimentos comportamentais é quase impossível, e esta estratégia se torna pouco efetiva (Salkovskis et al., 1998). O que se pode fazer nesses casos são experimentos comportamentais de exposição maciça, antecipando o desfecho na imaginação.

### **Algumas regras gerais da terapia cognitiva:**

- Dar atenção particular às avaliações distorcidas relativas à responsabilidade de causar ou prevenir danos, questionando a plausibilidade ou veracidade dos conteúdos das intrusões: “Portadores de TOC normalmente são violentos ou abusadores sexuais?”.
- Mostrar que o esforço permanente para prevenir algo só leva ao aumento da preocupação e da hipervigilância – e, conseqüentemente, das próprias obsessões.
- Não tentar provar que as obsessões não são plausíveis (“Deixe eu provar que você é incapaz de ferir seu filho”) ou tentar convencê-los de que tocar em um trinco de porta não transmite doenças.
- Não discutir probabilidades: “O que eu posso garantir é que provavelmente você irá sofrer para o resto de sua vida se continuar fazendo checagens”.
- Não oferecer reassuramentos, por exemplo, dando garantias de que tal pensamento não irá se concretizar, ou de que as probabilidades de ocorrer o que o paciente receia são mínimas. Reassegurar é inútil, o alívio que produz dura pouco e não deixa de ser uma forma de neutralização. É importante lembrar que o alívio obtido com o uso de tais manobras torna tentador seu uso freqüente (Salkovskis et al., 1998).

### **ALTA, ACOMPANHAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS**

Quando a maioria dos sintomas tiver sido eliminada, pode-se propor o espaçamento das sessões e, posteriormente, a alta. Entretanto, como o TOC é um transtorno crônico sujeito a recaídas, ao final da terapia, é conveniente dedicar algum tempo ao desenvolvimento de habilidades para preveni-las. São comuns os lapsos, ou seja, episódios isolados de realização de rituais ou evitações, de curta duração e que ocorrem por distração, descuido ou falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos são importantes porque podem ser interpretados como recaídas ou como fracasso de todo o tratamento, provocando, eventualmente, descrença quanto à capacidade de um dia poder eliminar por completo os sintomas – e, em função desta descrença, uma recaída. Assim, é preciso lembrar o paciente de que pequenos lapsos são

comuns, particularmente na fase de mudança e especialmente quando os rituais constituíam hábitos. Ao final do tratamento, é interessante orientar o paciente e treiná-lo em estratégias de prevenção de recaídas, que devem ser revistas e reforçadas em sessões periódicas de acompanhamento após a alta.

### **Estratégias de prevenção de recaída**

- 1) Identificar, juntamente com o paciente, as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais ou para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: a hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, a chegada em casa para os que têm obsessões por contaminação.
- 2) Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento para lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:
  - Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais a que estava habituado nas situações de risco.
  - Planejar com antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma (“Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa, durante 15 minutos”).
  - Distração: procurar se entreter, durante situações de risco, com outros pensamentos ou com atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar.
  - Conversar consigo mesmo, dar ordens para si mesmo: “Você tem condições de se controlar!”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada!”, etc.
  - Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre!”, “Isso é o TOC!”, ou “Cuidado com o TOC!”
- 3) Identificar pensamentos automáticos ativados nas situações de risco e questionar sua validade. A aflição que os acompanha pode provocar lapsos, que são rituais ou evitações eventuais: “Se eu não ler de novo este trabalho, erros podem escapar!”. Questionamento: “Se escapar um erro, o que de pior pode acontecer?” (descatastrofização).

- 4) Prevenção das conseqüências de ter cometido um lapso. Um lapso pode ativar a crença de ser fraco, de ser incapaz de se autocontrolar (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, acompanhada de sentimentos de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e tentação de desistir. Deve-se lembrar que lapso não é recaída!
- 5) Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com o terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revisá-los: o que os provocou, pensamentos automáticos, crenças errôneas e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas.
- 6) Se estiver utilizando medicamentos, suspendê-los somente em acordo com o médico.
- 7) Participar das associações de portadores de TOC e procurar estar sempre atualizado sobre eventuais novos conhecimentos.

## **COMENTÁRIOS FINAIS**

O modelo cognitivo-comportamental permitiu uma melhor compreensão dos fenômenos obsessivo-compulsivos, da importância de aprendizagens errôneas e de crenças disfuncionais na sua gênese e manutenção. Permitiu, ainda, a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias que possibilitam a redução dos sintomas para a maioria dos pacientes e até sua eliminação completa. Constitui, juntamente com os psicofármacos, um dos tratamentos de escolha para o TOC. Algumas questões, entretanto, continuam em aberto: quais pacientes se beneficiam e quais não se beneficiam com a TCC? Existem ou não subgrupos de pacientes para os quais a terapia seria a melhor escolha? Sua associação à farmacoterapia aumentaria a eficácia do tratamento? As recaídas ao longo do tempo são menores do que as observadas após a interrupção de medicamentos? Os ganhos se mantêm ao longo do tempo? A adição das técnicas cognitivas aumenta a eficácia da EPR? Reduz ou não as recaídas? Por ser uma terapia breve, com base teórica simples e de aplicação relativamente fácil, desde que garantida a adesão do paciente, a TCC vem se constituindo num importante recurso terapêutico, em especial para os pacientes que não respondem ou respondem parcialmente à farmacoterapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOWITZ, J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v.65, p.44-52, 1997.
- BAER, L. *Getting control - overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume, 2000.
- BASOGLU, M.; LAX, T.; KASVISKIS, Y.; MARKS, I.M. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J. Anx. Dis.*, v.2, p.299-317, 1988.
- COTTRAUX, J.; NOTE, I.; SAI, N.Y.; et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.*, v.70, p.288-297, 2001.
- DSM IV - DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- EMMELKAMP, P.M.G.; VISSER, S.; HOEKSTRA, R. Cognitive therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Behav. Res. Ther.*, v.12, p.103-114, 1988.
- FOA, E.B. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behav. Res. Ther.*, v.17, p.169-176, 1979.
- FREESTON, M.H.; RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav. Res. Ther.*, v.34, p.433-446, 1996.
- FREESTON, M.H.; LADOUCEUR, R.; GAGNON; et al. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thought: a controlled study. *J. Cons. Clin. Psychol.*, v.65, p.405-413, 1997.
- HOGSON, R.; RACHMAN, S.J. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav. Res. Ther.*, v.10, p.111-117, 1972.
- JENIKE, M.A.; BAER, L.; MINICHIELLO, W.E. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd. ed. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 1990.
- JONES, K.J.; MENZIES, R.G. The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive-compulsive washing. *Behav. Res. Ther.*, v.36, p.273-283, 1998.
- ITO, L.M.; ARAÚJO, L.A.; HEMSLEY, D.R.; MARKS, I.M. Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from controlled study. *J. Anx. Dis.*, v.9, p.269-281, 1995.
- KARNO, M.; GOLDING, M.J.; SORENSON, S.B.; BURNAM, A.M. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.45, p.1094-1099, 1988.
- LAVY, E.; VAN DEN HOUT, M. Thought suppression induces intrusion. *Behavioral Psychotherapy*, v.18, p.251-258, 1990.

- LENSI, P.; CASSANO, G.B.; CORREDDU, G.; et al. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br. J. Psychiatry*, v.169, p.101-107, 1996.
- LICKIERMAN, H.; RACHMAN, S.J. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav. Res. Ther.*, v.18, p.387-394, 1980.
- MARKS, I.M.; HODGSON, R.; RACHMAN, S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Brit. J. Psychiatry*, v.127, p.349-364, 1975.
- MARKS, I.M.; O'SULLIVAN, G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit. J. Psychiatry*, v.153, p.650-655, 1988.
- MEYER, V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav. Res. Ther.*, v.4, p.273-280, 1966.
- MIGUEL, E.C.; COFFEY, B.J.; BAER, L.; et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorders and Tourette's disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v.56, p.246-255, 1995.
- MOWRER, O.H. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev*, v.46, p.553-566, 1939.
- NEZIROGLU, F.A.; STEVENS, K.P.; YARYURA-TOBIAS, J.A. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev. Bras. Psiq.*, v.21, p.209-216, 1999.
- OCCGWG - OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder *Behav. Res. Ther.*, v.9, p.237-247, 1997.
- PATO, M.T.; ZOHAR, K.M.; ZOHAR, R. Return of symptoms after discontinuation of clorimipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Amer. J. Psychiatry*, v.145, p.521-525, 1988.
- PIGOTT, T.; SEAY, S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p.277-2002.
- RACHMAN, S.J. A cognitive theory of obsessions. *Behav. Res. Ther.*, v.35, p.793-802, 1997.
- RACHMAN, S.J.; de SILVA, P. Abnormal and normal obsessions *Behav. Res. Ther.*, v.16, p.233-248, 1978.

- RACHMAN, S.J.; de SILVA, P.; ROPER, G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav. Res. Ther.*, v.14, p.445-453, 1976.
- ROPER, G.; RACHMAN, S.J. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav. Res. Ther.*, v.14, p.25-32, 1976.
- ROPER G.; RACHMAN, S.J.; HOGDSON, R. An experiment on obsessional checking. *Behav. Res. Ther.*, v.11, p.271-277, 1973.
- SALKOVSKIS, P.M. Treatment of an obsessional patient using habituation to audio-taped ruminations. *Br. J. Clin. Psychiatry*, v.22, p.311-313, 1983.
- SALKOVSKIS, P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav. Res. Ther.*, v.23, p.311-313, 1985.
- SALKOVSKIS, P.M. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems *Behav. Res. Ther.*, v.27, p.677-682, 1989.
- SALKOVSKIS P.M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.37, p.S29-S52, 1999.
- SALKOVSKIS, P.M; FORRESTER, E.; RICHARDS, C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit. J. Psychiatry*, v.173 (suppl.35), p.53-63, 1998.
- SALKOVSKIS, P.M.; RICHARDS, C.; FORRESTER, E. Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associate Publishers; 2000. p.201-222.
- SHAFRAN, R.; THORDARSON, D.; RACHMAN, S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J. Anx. Dis.*, v.10, p.379-392, 1995.
- SIMPSON, B. H.; GORFINKLE, K. S.; LIEBOWITZ, M. R. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *The J. Clin. Psychiatry*, v.60, p.584-590, 1999.
- VAN OPPEN, P.; ARNTZ, A.. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.33, p.79-87, 1994.
- VAN OPPEN, P.; DE HAAN, E.; VAN BALKON, A.J.; et al. Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.33, p.379-390, 1995.
- THE CLOMIPRAMINE COLABORATIVE STUDY GROUP. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.48, p.730-738, 1991.