

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Aristides Volpato Cordioli

SUMÁRIO

O presente capítulo apresenta um breve histórico das origens e fundamentos da terapia cognitivo-comportamental (TCC) do TOC. Descreve a avaliação do paciente, o início da terapia, a psico-educação, o uso das técnicas comportamentais de exposição e prevenção de respostas (rituais) e de técnicas cognitivas, a alta e a prevenção de recaídas. São discutidos ainda os alcances e limites da TCC no TOC, as evidências de eficácia, os desafios e perspectivas futuras.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno heterogêneo que se caracteriza pela presença de obsessões e ou compulsões, que consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, na sua vida familiar ou social e causam acentuado sofrimento (APA,2002).

O TOC acomete ao redor de 2,5% da população em geral, com os sintomas iniciando geralmente ao final da adolescência e muitas vezes ainda na infância, sendo raro seu início depois dos 40 anos. Por vários motivos é considerado um transtorno mental grave, pois em aproximadamente 10% dos casos seus sintomas são muito graves e incapacitantes. Além disso, seu curso geralmente é crônico e,

se não tratado, com muita frequência, pode manter-se por toda a vida. O TOC interfere de forma acentuada na vida da família, que é obrigada a acomodar-se aos sintomas, alterando suas rotinas, restringindo o uso de espaços e objetos, o que é motivo para constantes conflitos. Por essa razão, na maioria das vezes pode ser considerado uma doença de toda a família, pois todos os membros acabam sofrendo de alguma forma.

Até o presente momento as causas do TOC não são bem conhecidas. Como os sintomas são heterogêneos, não está claro, se constitui um único transtorno ou um grupo de transtornos com características em comum (como, por exemplo, comportamentos repetitivos) que caracterizariam um grupo de transtornos - o espectro obsessivo-compulsivo. Na prática as apresentações clínicas, o curso, aspectos neurofisiológicos, neuropsicológicos e cognitivos, bem como a resposta aos tratamentos, variam muito de indivíduo para indivíduo. Existem fortes evidências de que fatores biológicos concorrem para o surgimento do TOC: a incidência familiar (genética), o aparecimento dos sintomas na vigência de doenças cerebrais, a hiperatividade em certas regiões do cérebro dos portadores, alterações da neuroquímica cerebral relacionadas com a serotonina e, sobretudo, a redução dos sintomas com o uso de medicamentos inibidores da recaptção da serotonina (IRS).

Por outro lado também são consistentes as evidências de que fatores de ordem psicológica, como aprendizagens errôneas e distorções cognitivas, contribuem para o agravamento e a manutenção dos sintomas. Dentre essas evidências estão a observação de que distorções cognitivas (crenças distorcidas ou até errôneas) estão presentes na maioria dos portadores e que as terapias cognitivo-comportamentais reduzem os sintomas em 70% ou mais dos portadores que aderem ao tratamento. Além disso, um percentual significativo de pacientes pode obter a remissão completa dos sintomas utilizando apenas a psicoterapia de exposição e prevenção de rituais (EPR), eventualmente em terapias muito breves.

A partir do relato da presença de distorções cognitivas comuns nos portadores e da realização ensaios clínicos comprovando a eficácia da terapia cognitiva em

reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos (OC), técnicas de reestruturação cognitiva vem sendo acrescentadas à terapia de EPR, e “Terapia Cognitivo-Comportamental” (TCC) tem sido a designação cada vez mais utilizada, numa modalidade de tratamento que combina os dois tipos de intervenção. No presente capítulo descreveremos os fundamentos da TCC do TOC, as técnicas comportamentais e cognitivas mais utilizadas, bem como as evidências que comprovam sua eficácia. Serão ainda mencionadas as limitações dessa modalidade de tratamento, as questões em aberto e as perspectivas futuras.

MODELOS TEÓRICOS QUE EMBASAM A PSICOTERAPIA do TOC

O modelo psicodinâmico

Até os anos 60 a explicação prevalente para os sintomas do TOC era derivada da teoria psicodinâmica. No famoso caso “O Homem dos Ratos” Freud propusera que as obsessões e as compulsões eram manifestações de conflitos de natureza inconsciente, ocorridos nos primeiros anos do desenvolvimento – mais precisamente, na chamada fase anal do desenvolvimento psicosexual. Na neurose obsessiva ocorreria uma regressão da fase edípica para a fase anal-sádica do desenvolvimento, em razão de fixações nessa fase. Os conflitos estariam relacionados ao treinamento e à aquisição do controle dos esfíncteres e ao manejo de impulsos agressivos. Impulsos contraditórios de reter ou expelir, dar ou guardar, sentimentos ambivalentes de amor e ódio, necessidade de controle ou submissão, seriam alguns dos conflitos da fase. O modelo sugeria serem os sintomas obsessivos soluções de compromisso entre a expressão plena dos impulsos típicos da fase: sujar, agredir, reter ou expelir, e sua repressão pelos mecanismos de defesa. As manifestações desse conflito seriam os sintomas obsessivos – obsessões e compulsões. Confrontá-los ou impedir a realização dos rituais poderia provocar a irrupção descontrolada dos referidos impulsos e desequilíbrios mentais ainda mais graves, eventualmente psicóticos.

Na verdade não foi comprovada a existência de conflitos inconscientes subjacentes aos sintomas obsessivo-compulsivos e na prática a terapia psicodinâmica direcionada para resolvê-los mostrou-se ineficaz. Somou-se a

esses fatos a resposta dos sintomas aos medicamentos inibidores da recaptação da serotonina e à terapia de EPR fazendo com que o modelo fosse abandonado.

O modelo comportamental

Um breve histórico da terapia de EPR

As primeiras tentativas de uso da EPR no TOC foram influenciadas pelos experimentos de dessensibilização sistemática de Wolpe no tratamento de fobias e pelas teorias da aprendizagem social de Bandura. Com base nesses experimentos, Meyer (1966) tratou com sucesso dois pacientes portadores de sintomas obsessivo-compulsivos. Ele sugeria o enfrentamento das situações evitadas (**exposição**) e a abstenção da realização dos rituais (**prevenção da resposta**). O investigador atribuiu a melhora dos sintomas à modificação de expectativas decorrentes do teste de realidade que os exercícios representavam ao comprovarem que as expectativas catastróficas não se concretizavam. Entretanto esses estudos não tiveram repercussão na época e só foram retomados na década seguinte.

O fenômeno da habituação

Autores ingleses, no início da década de 70, resolveram desafiar o modelo psicodinâmico, bem como os corolários dele derivados, e observar o que poderia ocorrer caso os pacientes fossem impedidos de realizar seus rituais ou fossem estimulados a entrar em contato com o que evitavam, em razão de seus fortes temores.

Num primeiro estudo, Hodgson e Rachman, observando pacientes com obsessões de limpeza e rituais de lavagem verificaram que eles apresentavam rápida e acentuada elevação da ansiedade quando eram convidados a tocar nos objetos que evitavam, a qual decrescia de forma rápida com a execução de uma lavagem “satisfatória”. Num experimento semelhante com pacientes “verificadores”, em situações nas quais eram impedidos de realizar seus rituais, também constataram o aumento instantâneo seguido de uma acentuada

diminuição da ansiedade após a execução dos rituais. Observaram, ainda, que o impulso de executar verificações ou lavações desaparecia espontaneamente num 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. Constataram, ainda, que, a cada repetição dos exercícios, a intensidade da ansiedade e do impulso para realizar os rituais era menor. Caso repetissem os exercícios um número suficiente de vezes, tanto a aflição como a necessidade de executar os rituais desapareciam por completo. Este fenômeno natural ficou conhecido como **habituação** e passou a ser a base da terapia de EPR (Hogdson e Rachman, 1972; Röper et al., 1973; Röper e Rachman, 1976; Rachman et al., 1976; Lickierman & Rachman, 1980).

HABITUAÇÃO

A habituação consiste no desaparecimento espontâneo das reações de medo ou desconforto que ocorrem sempre que o indivíduo entra em contato direto com objetos ou situações que provocam tais reações, desde que de fato não sejam perigosos. A cada nova exposição, a intensidade do desconforto é menor, podendo, com a repetição das exposições, desaparecer por completo.

A relação funcional entre obsessões e compulsões

Com base nas observações citadas, os autores formularam hipótese que oferecia uma nova compreensão para os fenômenos obsessivos: de que existiria uma relação funcional entre os rituais e as obsessões. Em outras palavras, eles propuseram que a função dos rituais era reduzir a ansiedade e o desconforto - provocados pelas obsessões. Esta seria a razão da existência destes (Rachman et al. 1976).

Embasamento clínico da terapia de EPR

Além das experiências citadas envolvendo o fenômeno da habituação, foram realizados ensaios clínicos utilizando exposição e prevenção de rituais, envolvendo um número maior de pacientes, com o intuito de verificar a eficácia dessas técnicas na redução dos sintomas OC.

Dois estudos realizados em ambiente hospitalar utilizaram de forma intensiva as técnicas de EPR para tratar pacientes portadores de TOC. Destacam-se de outros realizados na mesma época, pelo número de pacientes tratados, e pelo forte impacto que causaram no tratamento do transtorno nos anos que se seguiram.

Em 1974, Meyer e colaboradores trataram 15 pacientes e, em 1975, Marks e colaboradores trataram 20 pacientes dessa forma. Ambas as pesquisas tiveram sucesso em eliminar os sintomas obsessivo-compulsivos em um período relativamente curto, de 4 a 12 semanas. Acompanhados por períodos de até cinco anos, muitos desses pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois. Nos anos que se seguiram, esses ensaios clínicos foram repicados em diversos países e ao final da década de 70 mais de 200 pacientes haviam sido tratados com técnicas de EPR e com resultados semelhantes. Dessa forma, a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves foi comprovada de forma definitiva, passando a terapia de exposição e prevenção de respostas (ou de rituais) a constituir um dos tratamentos de escolha para o TOC (Meyer et al. 1974; Marks et al. 1975).

O modelo comportamental: fundamentos teóricos

A terapia comportamental e conseqüentemente a terapia de EPR têm seus fundamentos nas teorias da aprendizagem: o condicionamento pavloviano, o condicionamento operante e no fenômeno da habituação, que é uma forma de aprendizagem não associativa. O modelo proposto para a origem e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos é uma adaptação para o TOC do modelo proposto por Mowrer em 1939, para explicar as origens do medo e dos comportamentos de esquiva nos transtornos de ansiedade e que ficou conhecido

como o modelo dos dois fatores ou dois estágios. Esse modelo considera a ansiedade uma resposta que, em determinado momento, em razão de pareamentos, ficou **condicionada** (associada) a certos estímulos (objetos, lugares, situações, pensamentos) e que posteriormente, se **generalizou** para outros objetos, situações, lugares ou pensamentos que os evocam, seja pela proximidade, pelo contato direto, ou pela semelhança. Através de tentativas do tipo ensaio e erro o indivíduo descobre que os rituais ou a evitação reduzem a ansiedade ou o desconforto, razão pela qual tais comportamentos passam a ser mantidos permanentemente, representando um reforço negativo (**condicionamento operante**) (Mowrer,1939).

O modelo proposto por Mowrer para o medo e a ansiedade foi adaptado para explicar os sintomas obsessivo-compulsivos. No caso do TOC, foi proposto que a na origem dos sintomas teria havido um pareamento entre respostas incondicionadas (medo) e pensamentos (condicionamento clássico), situações ou objetos neutros, que passariam a ser condicionados (desencadeariam o medo). O sucesso em produzir alívio pela realização dos rituais ou por quaisquer manobras de neutralização como a esquiva, aumentaria a frequência do uso desses comportamentos, tornando-os mais estereotipados, repetitivos e frequentes (rituais), perpetuando o transtorno (condicionamento operante). Além disso as compulsões e a esquiva interromperiam ou impediriam a exposição aos estímulos que, por algum motivo provocam medo ou desconforto e, conseqüentemente, impediriam a extinção natural e espontânea de tais medos através da habituação (Salkovskis et al.1998; Salkovskis,1999).

De acordo com o modelo comportamental o TOC seria o fruto de aprendizagens que se dariam em duas etapas: 1) aquisição e generalização dos sintomas por **condicionamento clássico**; e 2) sua manutenção por **condicionamento operante** (reforço negativo). O resultado é reforço dos rituais e dos comportamentos de esquiva que perpetuando o TOC.

Argumentos a favor e contra o modelo comportamental

O modelo parece bastante evidente particularmente no que se refere ao mecanismo sugerido para a manutenção dos sintomas OC: o alívio que os pacientes sentem ao executar os rituais (**reforço negativo**) manteria o transtorno. A lacuna maior do modelo decorre do fato de, na maioria das vezes, o início dos sintomas não estar relacionado a qualquer experiência traumática ou mesmo estressante que provocasse o pareamento entre estímulos incondicionados (medo, nojo, aflição) e estímulos neutros (trincos de porta, números, cores) condição exigida para ocorrer o chamado condicionamento clássico, suposto pelo modelo.

O modelo comportamental também não prevê o papel dos fatores de ordem biológica e desconsidera a importância das crenças disfuncionais, freqüentes em portadores do TOC. Estas lacunas foram em parte superadas com a proposição, mais recentemente, de um modelo mais completo, que integra aspectos biológicos, comportamentais e cognitivos, os quais seriam responsáveis por tornar o indivíduo mais sensível, mais vulnerável e, portanto, com predisposição a desenvolver o TOC (Salkovskis, 1985; 1989; 1999; Salkovskis et al. 1998).

O modelo cognitivo do TOC

A dificuldade de muitos pacientes aderirem à terapia de EPR bem como o alto índice de abandonos fez com que os autores se preocupassem com a presença de pensamentos e crenças disfuncionais de cunho catastrófico, muitas vezes intensas, cristalizadas e inflexíveis, que poderiam estar interferindo na terapia de EPR. E de fato, desde o final dos anos 70 foram descritas crenças disfuncionais em portadores do TOC que, embora não específicas do transtorno, poderiam contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997; Frost e Steketee, 2002). Tais crenças envolveriam seis domínios estabelecidos por consenso em meados da década passada: 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).

Tal proposição deu margem a diversos estudos desenvolvendo instrumentos para mensurar sua intensidade e avaliar sua associação com os sintomas do TOC. E de fato, estudos experimentais têm demonstrado uma correlação entre a intensidade das crenças e a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (Neziroglu et al., 1999).

Técnicas cognitivas para tratamento de pensamentos e crenças disfuncionais no TOC; terapia cognitiva no TOC

A descrição das crenças disfuncionais em portadores do TOC levou alguns autores a propor o uso de técnicas cognitivas, associadas ou não à terapia de EPR, no tratamento dos sintomas OC (Salkovskis, 1985; 1999; Van Oppen e Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Salkovskis et al., 1998). Ao mesmo tempo alguns ensaios clínicos comprovaram a efetividade da terapia cognitiva no tratamento dos sintomas (Emmelkamp et al. 1988, Emmelkamp e Beens, 1991; Van Balkon et al, 1994; Van Oppen et al. 1995; Whittal et al. 2005), tanto em pacientes com predomínio de obsessões, considerados refratários à terapia de EPR (Freeston et al, 1997), como em pacientes com obsessões e compulsões (Cottraux, et al.al., 2001; McLean et al., 2001). Foi observada uma eficácia semelhante à terapia de EPR (Van Oppen et al., 1995; McLean, 2001; Cottraux, 2001; Whittal et al., 2005).

Algumas críticas têm sido levantadas questionando até que ponto tais estudos teriam utilizado fato exclusivamente técnicas cognitivas e não técnicas comportamentais de EPR, por exemplo, quando propõe experimentos comportamentais, e se é possível utilizá-las sem qualquer forma de exposição e prevenção de rituais, mesmo que de forma indireta, não explícita. Na prática a terapia cognitiva como tratamento isolado tem sido menos utilizada do que a terapia de EPR. Além disso, até o presente momento não está comprovado se o acréscimo de técnicas cognitivas à terapia de EPR, no tratamento de pacientes de TOC, aumenta a eficácia do tratamento tanto no curto como no longo prazo. É bem provável que, para determinados subgrupos de pacientes, este acréscimo seja particularmente útil. Pacientes com predomínio de obsessões, com boa

capacidade de introspecção, e com algum grau de sofisticação psicológica parece que aproveitam das intervenções cognitivas. Acredita-se ainda que o uso de técnicas cognitivas por si só possa reduzir o nível de ansiedade, melhorar o grau de adesão, especialmente em pacientes que tem dificuldades de adesão aos exercícios de EPR. É possível ainda que no longo prazo, além de poder proporcionar ganhos adicionais, tal acréscimo possa reduzir a possibilidade de recaídas. Mas são possíveis vantagens, por enquanto são hipóteses em aberto sobre o papel das técnicas cognitivas no tratamento dos sintomas OC que necessitam ser confirmadas.

A observação de que o uso isolado da terapia cognitiva pode ser eficaz em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos fez com que alguns autores, Rachman e Salkovskis particularmente, propusessem uma teoria sugerindo um papel para as distorções cognitivas no surgimento e manutenção dos sintomas OC.

Teoria cognitiva sobre a origem das obsessões

É interessante observar que muitos dos pensamentos invasivos que atormentam os portadores de TOC ocorrem na população em geral. São um fenômeno universal. Uma pesquisa mostrou que aproximadamente 90% das pessoas têm, em algum momento, pensamentos impróprios de caráter agressivo, obsceno ou sexual, muito semelhantes aos dos portadores de TOC, sem que necessariamente se transformem em obsessões, talvez pela simples razão de que não lhes dão importância (Rachman & de Silva, 1978). Talvez por esse motivo não sintam aflição ou necessidade de realizar rituais, e por isso mesmo tais pensamentos acabam desaparecendo espontaneamente. Na opinião de autores como Stanley Rachman e Paul Salkovskis a interpretação errônea e o significado catastrófico atribuído a tais pensamentos pelos portadores de TOC, que usualmente são pessoas mais sensíveis a responsabilidade e culpa, seriam os responsáveis pelo aumento de sua intensidade e frequência, pois provocam desconforto e ansiedade, transformando pensamentos invasivos “normais” em obsessões. Essa é a teoria cognitiva sobre a origem das obsessões (Salkovskis,

1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997). Alguns exemplos de interpretações catastróficas ou de significados negativos atribuídos a pensamentos automáticos invasivos: “A presença desses pensamentos na minha mente indica que existe um risco de vir a cometê-los”, “Eles significam que sou má pessoa, ou que tenho um desvio de conduta, ou que existe um lado perverso dentro de mim”, “Que posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”.

Teoria cognitiva das obsessões

Pensamentos invasivos de conteúdo impróprio transformam-se em obsessões em consequência das interpretações catastróficas ou do significado negativo atribuído à sua presença na mente, pelo portador de TOC.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Embora não esteja claramente estabelecida a vantagem de associarem-se técnicas cognitivas à terapia de EPR, essa tem sido a tendência atual face às evidências da presença quase que constante de pensamentos catastróficos e crenças disfuncionais nos portadores do TOC. E esse será o enfoque adotado no presente capítulo. A TCC no TOC segue as etapas especificadas no quadro a seguir:

Etapas da terapia

- Avaliação do paciente e indicação do tratamento;
- Psicoeducação, motivação para o tratamento e estabelecimento da relação terapêutica;
- O início da terapia: identificação dos sintomas, listagem e hierarquização;
- Exercícios de exposição e prevenção de respostas (ou de rituais);
- A fase intermediária: introdução de técnicas cognitivas;
- Continuação do tratamento: monitoramento e reforço das técnicas cognitivas e comportamentais;
- A alta, a prevenção de recaídas e a terapia de manutenção.

Avaliação do paciente e indicação da TCC

A avaliação do paciente é realizada mediante uma entrevista semi-estruturada com o objetivo de estabelecer o diagnóstico de TOC, de eventuais comorbidades, determinar o início e o curso dos sintomas, a interferência na vida do paciente e da família, a existência de outros membros da família com os sintomas, presença de doenças médicas, investigar os tratamentos realizados e sua efetividade e o uso atual de medicamentos.

É importante avaliar:

- A presença de obsessões, compulsões e evitações;
- Situações, pessoas, locais ou objetos ou horários que os desencadeiam;
- O que antecede uma obsessão e as conseqüências: rituais, esquiva, lentificação obsessiva, postergação, busca de reassuramentos, ruminatóes;
- O 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 ou Tourette, problemas neurológicos, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral) ou agente estressor importante;
- Fatores que desencadeiam ou agravam ou que diminuem os sintomas;
- Grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na vida diária e familiar e nas atividades sociais;
- Tempo que os sintomas tomam do paciente e se faz tentativas de resistir;
- Pensamentos automáticos e crenças disfuncionais subjacentes;
- Grau de insight sobre os sintomas; grau de convicção sobre os pensamentos e crenças disfuncionais;
- Atitudes da família em relação ao problema (acomodação aos sintomas e conflitos);
- Parentes próximos com sintomas OC (fator genético ou ambiental).
- 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 co-morbidades e escalas (Y-BOCS, OCI, CGI) para avaliar a gravidade dos sintomas. Além de estabelecer o diagnóstico do TOC é importante, na avaliação inicial, dar uma atenção especial a outras duas questões: co-morbidades e preditores de má resposta à TCC.

Co-morbidades

Tanto obsessões como compulsões, evitações e comportamentos repetitivos podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos além do TOC, como nos transtornos de ansiedade, depressão, transtornos alimentares, transtornos de impulsos, parafilias, estresse pós-traumático, etc. É importante investigá-los, pois caso o paciente os apresente, a abordagem terapêutica deverá ser distinta. Da mesma forma, transtornos de tiques ou Tourette, 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 é uma questão em aberto quais as características dos pacientes que se beneficiam com a TCC, e como saber prever quem vai obter tal benefício. Embora nem sempre concordantes, as pesquisas sugerem que a resposta pode ser limitada ou inexistente em pacientes que apresentam:

- a) ***Depressão moderada ou intensa:*** têm uma dificuldade maior de realizar as tarefas de casa pela falta de energia e motivação. Nesses casos, deve-se associar ou iniciar o tratamento com psicofármacos.
- b) ***Convicção quase delirante ou supervalorizada sobre idéias obsessivas:*** aderem pouco às tarefas de EPR (Foa, 1979; Foa et al. 1983; Neziroglu et al., 1999).
- c) ***Sintomas obsessivo-compulsivos 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, assistida ou eventualmente em ambiente hospitalar.

- d) **Ansiedade intensa:** são pacientes com diferentes comorbidades (ansiedade generalizada, pânico, fobias específicas, transtornos somatoformes) que poderão não tolerar o aumento adicional da ansiedade. Necessitam do uso associado de psicofármacos (clonazepam, risperidona além dos anti-obsessivos).
- e) **Psicoses:** terão dificuldade de realizar as tarefas de casa em razão da desorganização causada pela psicose. Mesmo quando o quadro está controlado existe 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 controlá-las com os estabilizadores do humor. Podem ocorrer viradas maníacas com o uso de antiobsessivos.
- 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, e sim por fenômenos sensoriais Miguel et al., (2000). Sem ansiedades ou vivências obsessivas desencadeadas pela prevenção da resposta, tais pacientes respondem menos à terapia de EPR. Observou-se que pacientes com TOC e tiques associados melhoram de forma mais efetiva com o uso associado de neurolépticos aos ISRS.
- h) **Transtorno de personalidade esquizotípica:** não respondem bem à terapia de EPR e tem dificuldade de estabelecer uma aliança terapêutica.
- i) **Transtorno de personalidade histriônica ou borderline:** apresentam baixa tolerância à frustração, pouca persistência nas tarefas além de dificuldades de manter uma aliança de trabalho efetiva com o terapeuta.
- j) **Ausência de insight:** por não reconhecerem a natureza patológica dos seus sintomas, não resistem a eles e não estão motivados para efetuar mudanças.

- k) **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). Pacientes que não realizam as tarefas de casa não melhoram.
- l) **Uso de drogas ou álcool:** pacientes que não estão abstinentes ou que usam drogas não apresentam a necessária disciplina e organização para realizar as tarefas da terapia. Em geral não mantêm a necessária motivação e não seguem as combinações.

A psico-educação, o vínculo com o terapeuta e a motivação para o tratamento

A entrevista inicial também tem, sobretudo, a finalidade de motivar o paciente para aceitar uma proposta terapêutica que implica em mudar comportamentos e convicções muitas vezes intensos e arraigados, com os quais o paciente mal ou bem aprendeu a conviver, o que inevitavelmente redundará em aumento da aflição e sofrimento. Nesse sentido é essencial a psico-educação. No quadro a seguir alguns tópicos a serem abordados com o paciente.

Para aderir ao tratamento, é importante que o paciente compreenda:

- O que é o TOC: o que são obsessões, compulsões e evitações; a relação funcional entre obsessões e rituais; suas possíveis causas (o que se conhece e o que não se conhece);
- Os tratamentos disponíveis: vantagens e desvantagens de cada modalidade;
- Como a terapia cognitivo-comportamental pode provocar a redução dos sintomas: sua base no fenômeno da habituação (**exposição e prevenção de respostas**) e na correção de crenças distorcidas por **técnicas cognitivas**; seus alcances e limites, e as evidências de eficácia das pesquisas;
- O incremento inicial da ansiedade (suportável) e o desaparecimento posterior tanto da necessidade de executar rituais como das obsessões e medos (**habituação**);
- Como é a TCC na prática: duração, como são as sessões, os exercícios de EPR e de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, nas sessões e a domicílio;
- Como são negociadas as tarefas: nada será proposto que o próprio paciente não acredite ser capaz de realizar.

Avaliar ainda a disponibilidade de tempo para as 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.

Envolvimento da família

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, antes do início da terapia, particularmente quando se trata de um adolescente ou de uma criança, 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 reassuramentos, mesmo em momentos de grande ansiedade, ou evitar críticas e hostilidade caso ocorram lapsos ou recaídas. Contatos periódicos com os familiares para novas orientações e discussão dos problemas podem ser de grande ajuda.

A decisão de iniciar o tratamento

Os primeiros contatos são cruciais para o estabelecimento de um bom vínculo com terapeuta e a aliança de trabalho, essenciais em qualquer modalidade de terapia. Em suas intervenções o terapeuta, através de uma atitude empática, cordial e autêntica, demonstrando ao mesmo tempo competência profissional e experiência, deverá ser capaz de inculcar confiança no paciente e esperança de poder ser ajudado, que influenciarão na sua decisão de iniciar ou não o tratamento. Ao final da entrevista, é importante que possa expressar eventuais dúvidas, e se for o caso tenha um tempo para refletir e tomar sua decisão de iniciar tratamento que deve ser comunicada de forma explícita.

O início da terapia: identificação dos sintomas, elaboração da lista e hierarquização

Uma vez que o paciente tenha aceitado iniciar a TCC, uma das primeiras tarefas que lhe será proposta, geralmente ao final da primeira ou da segunda entrevista de avaliação, será a elaboração de uma lista pessoal dos sintomas (obsessões, compulsões e evitações) e sua graduação pelo grau de ansiedade que provocam.

Para elaboração da lista de sintomas podem ser utilizados instrumentos auxiliares, como a *Y-BOCS check-list*, a lista de comportamentos evitativos (disponíveis no site www.ufrgs.br/toc), ou a Lista de Sintomas (“TOC – Manual da terapia cognitivo-comportamental”. Editora Artmed, 2007, pg 68). É importante que a lista seja o mais detalhada possível, particularmente no que se refere aos rituais, registrando todos os locais, objetos, situações e horários nos quais o paciente é atormentado por alguma obsessão e é compelido a realizar algum ritual ou a adotar algum comportamento de esquiva (evitação). A elaboração da lista pode ser iniciada ainda na primeira consulta, junto com o terapeuta, e completada como tarefa de casa, no intervalo até o próximo encontro. Ao final da primeira ou da segunda consulta é usual a aplicação da escala Y-BOCS ou o Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) para se ter uma medida da gravidade dos sintomas que servirá como referência para avaliar sua redução ao longo da terapia.

Uma vez elaborada a lista dos sintomas, esses devem ser classificados mediante a atribuição dos escores de 0 (zero) a 10 (dez) para o grau de aflição subjetiva associada a eles, de acordo com os seguintes critérios: 0 (nenhuma), 2,5 (fraca), 5 (média), 7,5 (forte) ou 10 (extrema). O desconforto subjetivo refere-se ao que é sentido quando a mente do paciente é invadida por uma obsessão específica ou o quanto ele imagina que sentiria caso deixasse de executar um determinado ritual ou fosse obrigado a tocar em objetos evitados. Uma forma mais simples de hierarquização é solicitar ao paciente que classifique os sintomas pelo grau de dificuldade (extrema, muito grande, média, pequena ou nenhuma) que sente ao se expor ou caso se abstenha de executar um ritual específico.

Os exercícios de exposição e prevenção de respostas (ou dos rituais)

A lista de sintomas é útil para definir os primeiros exercícios de EPR. Analisando o grau de dificuldade se tem um critério para a escolha dos primeiros exercícios, iniciando pelos que o paciente considera mais fáceis de realizar com sucesso. Também pode ser proposto que se inicie pelos sintomas que causam transtornos mais graves para si ou seus familiares e cuja eliminação representaria um grande alívio a todos. Ao fazer a escolha das tarefas é importante que o paciente tenha um elevado grau de confiança em sua capacidade de executá-las, que as escolhas sejam suas e que não se sinta forçado pelo terapeuta. A partir das escolhas, serão iniciadas sempre que possível ainda no próprio consultório, as tarefas de exposição e prevenção de respostas (ou de rituais)

Exposição

A exposição consiste no contato direto ou na imaginação com objetos, lugares ou situações que na realidade não são perigosos dos quais, entretanto, a pessoa tem medo ou que evita porque a proximidade ou o contato gera desconforto ou nojo. O efeito principal da exposição é o aumento instantâneo da ansiedade que pode chegar a níveis elevados nos primeiros exercícios, mas que em seguida começa a diminuir até desaparecer. A cada exercício os níveis são menores assim como é menor a necessidade de realizar rituais que com a repetição pode desaparecer por completo. A exposição usualmente é ao vivo, (tocar em objetos evitados), mas também pode ser na imaginação (visualizar cenas, evocar palavras evitadas ou “cometer” na imaginação, pensamentos “horribéis”). Para tanto, o paciente deve evocá-los intencionalmente, mantê-los na mente sem tentar afastá-los pelo tempo necessário para que ocorra a habituação, não utilizando qualquer estratégia para neutralizá-los. Pode ainda ser virtual (filme, fotografias, computador).

Prevenção de respostas

Prevenção de respostas ou dos rituais é a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais, compulsões mentais ou de adotar comportamentos de esquiva, sejam eles manifestos ou encobertos, ou de realizar quaisquer outras manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos ou desconforto associados às

obsessões. Exemplos: abster-se de verificar, de lavar excessivamente as mãos, de alinhar objetos, de fazer contagens, de repetir perguntas, de fazer as coisas numa certa ordem, não afastar pensamentos “ruins”, repetir uma palavra “boa” para anular um pensamento “ruim”, etc.

Os objetivos (tarefas de EPR a serem realizados em casa) 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 quatro ou mais (podem ser 6 a 8) tarefas para cada intervalo entre as 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 EPR 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.

Modelação

Procedimento no qual o terapeuta executa um comportamento desejado em frente ao paciente, como forma de encorajá-lo a fazer o mesmo. 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. 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, andar de pés descalços no carpete e solicitar ao paciente que repita essas ações.

Técnicas para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio (“maus” pensamentos)

Exposição e a prevenção de respostas são de difícil aplicação em pacientes que apresentam predominantemente obsessões, acompanhadas ou não de rituais. A partir da compreensão de algumas distorções cognitivas, como exagerar a importância atribuída a certos pensamentos – a chamada fusão do pensamento e da ação (Shafran et al., 1995), além da 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 e Van Den Hout, 1990; Baer, 2000).

Para pacientes que apresentam obsessões de conteúdo agressivo, sexual, ou blasfemo é importante a psico-educação (para entender o real significado da ocorrência de tais pensamentos), reduzir a hipervigilância, realizar exposições na imaginação e a abstenção de quaisquer medidas de neutralização através de rituais mentais. O paciente necessita compreender que tais pensamentos são apenas sintomas do TOC, não são indicativos de nenhum possível desvio da conduta ou perversão moral e que se preocupar em vigiá-los e em tentar afastá-los só aumenta sua intensidade e frequência.

Monitoramento

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, ou a OCI-R pode ser utilizada para avaliar a progressão do tratamento.

Para vencer os “maus” pensamentos o paciente deve:

- Não procurar afastar os “maus” pensamentos da mente;
- Abster-se de tentar neutralizá-los (com rituais mentais, repetir frases ou palavras, rezar, fazer contagens, procurar evitar);
- Evocá-los intencionalmente e mantê-los em sua mente durante o tempo necessário para que a aflição desapareça;
- Fazer um script no qual “comete” o “mau” pensamento e ler repetidamente;
- Repetir mentalmente ou escrever palavras ou frases evitadas em função de medos supersticiosos;
- Reduzir a hipervigilância, procurando não dar importância aos “maus” pensamentos;
- Distrair-se realizando as tarefas que ocupem a mente;
- Usar lembretes: “É apenas um pensamento!” ou “Pensar não tem nada a ver com cometer!”

Técnicas cognitivas

As técnicas cognitivas propostas para o TOC são, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Beck (1976) para o tratamento da depressão e por Clark (1986) para o tratamento da ansiedade e foram detalhadamente descritas em vários artigos (Salkovskis, 1985, 1999; Van Oppen e Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Salkovskis et al., 1998). 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, e já iniciou os exercícios de EPR, geralmente ao redor da quarta ou quinta sessão. É necessário dedicar algum tempo para a explanação

de alguns conceitos-chave da terapia cognitiva e para um treinamento inicial, com exercícios e técnicas de correção de disfunções cognitivas realizados no próprio consultório. Esses conceitos e técnicas estão detalhadamente descritos nos capítulos 6 e 7 do livro “TOC – Manual da terapia cognitivo-comportamental”, Editora Artmed, 2007, pg.86 a 110.

Identificação de pensamentos automáticos crenças disfuncionais

Uma vez entendido o modelo, como primeiro passo para uso das técnicas cognitivas, o paciente deve se capacitar a identificar e registrar pensamentos automáticos catastróficos ou negativos que acompanham as obsessões, bem como as crenças subjacentes aos sintomas, para posteriormente poder corrigi-los. Para isso podem ser utilizados formulários descritos em manuais de terapia cognitiva e conhecidos como RPD ou ABC, nos quais o paciente identifica a situação ativadora, os pensamentos automáticos e as conseqüências (emocionais, comportamentais ou físicas, e a emoção associada).

O Questionamento Sócrático

O principal recurso para a modificação de pensamentos automáticos e crenças distorcidas é o seu questionamento, e o **questionamento sócrático** é a técnica mais efetiva. Deve ser feito com os pensamentos automáticos e crenças distorcidas que tenham sido identificadas nos exercícios anteriores. Veja as perguntas no quadro a seguir.

Exemplos de perguntas do questionamento sócrático

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

A técnica das duas teorias (A e B)

Uma forma simples de questionamento é técnica das duas teorias proposta por Salkovskis (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?

Experimentos comportamentais

Uma forma muito eficiente de corrigir crenças distorcidas 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: revisar uma única vez o trabalho da faculdade, a carta ou o ofício que redigiu e ver o que acontece (se de fato vai tirar nota ruim ou ser reprovado); deixar uma torneira não bem fechada durante uma hora e verificar se a casa é inundada; esquecer cigarro aceso no cinzeiro e, depois de 20 minutos, ver o que - aconteceu; entrar numa funerária, ou deixar os chinelos virados e ver se alguém da família adoece e vem a falecer; pensar num número da loteria e apostar (para ver se ganha); deixar de anotar diariamente tudo (para ver se de fato esquece coisas importantes).

Lembretes

Lembretes podem auxiliar o paciente a ter uma maior autocontrole sobre rituais, dúvidas e ruminções obsessivas. Podem ser escritos em um cartão e levados no bolso ou em um cartaz colado na parede do quarto ou no espelho do banheiro. Os lembretes auxiliam a retomar o controle dos pensamentos, sobretudo porque separam os fenômenos mentais relacionados ao TOC de outros.

Como são 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 pelo terapeuta (modelação), exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de auto-monitoramento 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 exposição e prevenção de rituais ou cognitivas realizadas no intervalo das sessões, com a utilização, para esta finalidade, de registros; a discussão das dificuldades em sua realização, exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (geralmente depois da terceira ou quarta sessão), finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios de casa para a semana seguinte. Ao final é feita 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. Entre 10 a 15 sessões é o suficiente para a maioria dos pacientes, desde que se envolvam ativamente nos exercícios. 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.

ALTA, SESSÕES DE REFORÇO E ESTRATÉGIAS DE 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 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.

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.

Estratégias de prevenção de recaída

- Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (lugares, objetos, horários) de risco (gatilhos) para a ocorrência de obsessões, a realização de rituais ou comportamentos evitativos;
- Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento (como vou me comportar) para lidar adequadamente com as situações gatilho: por quanto tempo, onde, de que forma (“Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa, durante 15 minutos”).
- Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais a que estava habituado nas situações de risco.
- Distração: procurar se entreter, durante situações de risco, com outros pensamentos ou com atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso de realizar rituais.
- 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!”

Uma vez decidida a alta é interessante combinar algumas sessões de reforço, especialmente se ocorreram lapsos, como forma de prevenir recaídas.

EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA DA TERAPIA DE EPR E DA TCC NO TOC

Marks (1997) fez uma extensa revisão de toda uma década de pesquisas que comprovam sua eficácia no TOC. Uma eficácia semelhante ou levemente superior da terapia comportamental em relação aos inibidores da recaptção da serotonina foi verificada em diversos ensaios clínicos (Mawson et al., 1982; Marks et al., 1988) e em diversas meta-análises (Van Balkom et al., 1994; Abramovitz, 1997; Kobak et al., 1998).

Trabalhos mais recentes têm confirmado algumas vantagens da TCC em relação aos medicamentos (Foa et al. 2005; Souza et al., 2006). Um estudo verificou, por exemplo, que ela é mais eficaz que a sertralina em reduzir as compulsões, na intensidade com que reduz os sintomas, e no percentual de pacientes consegue a remissão completa dos sintomas (Souza et al. 2006). Um outro estudo, realizado em nosso meio, com crianças, verificou que a TCC em grupo e a sertralina foram eficazes, mas no longo prazo os pacientes tratados em grupo tinham níveis de sintomas menores do que tratados com sertralina (Asbahr et al., 2005). As recaídas aparentemente são menos freqüentes e ocorrem mais tarde com a terapia comportamental do que com os medicamentos (Simpson et al., 2004).

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO

A falta de disponibilidade da terapia de EPR, bem como seu custo elevado, particularmente em serviços públicos de saúde e para as populações menos favorecidas tem limitado o uso da TCC no tratamento do TOC. Além das vantagens de permitir o tratamento de um número maior de pacientes, a TCC em grupo faz uso dos fatores grupais acreditando-se que tais fatores possam influenciar os resultados do tratamento.

Diversos e comprovaram a eficácia da TCC em grupo (Cordioli et al., 2002, 2003; Whithal et al. 2005) semelhante à da terapia de EPR individual (Fals-Stewart et al., 1993; Anderson e Rees, 2007) ou semelhante à da sertralina (Souza et al., 2006). Seus efeitos, ao que parece, se mantêm no período de pelo menos um ano depois da alta (Braga et al., 2005). Também foi verificada sua eficácia em crianças, tendo, no longo prazo, resultados superiores ao uso da sertralina (Asbahr et al., 2005). A TCC em grupo apresenta uma relação custo/benefício mais favorável, com custos cinco vezes menores do que os da terapia individual (Van Noppen et al., 1997; Van Noppen et al., 1998), além de disponibilizar o tratamento a um número maior de pessoas. Supõe-se que o enfoque grupal possa melhorar a adesão ao tratamento, uma limitação importante da TCC no TOC.

ASSOCIAR OU NÃO MEDICAMENTOS

Tanto a psicoterapia como os medicamentos apresentam suas limitações e eventualmente contra-indicações. Muitos estudos não demonstraram vantagens na associação de medicamentos e terapia (O'Connor et al., 2006). Entretanto os resultados de estudos mais recentes reforçam a recomendação do Consenso de Experts para tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo que sugere, sempre que possível, a associação de TCC e medicamentos (March et al., 1997). É interessante, por exemplo, a observação de que a TCC parece ser eficaz mesmo em pacientes que não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento com psicofármacos (Simpson et al., 1999; Cordioli et al., 2003; Tolin et al., 2004). Um estudo recente, realizado com crianças e adolescentes verificou que a combinação de TCC e medicamentos apresentou resultados superiores ao uso isolado de medicamentos (POTS, 2004). Um resultado semelhante foi observado em pacientes adultos (Tenneij et al., 2005). Em alguns casos, entretanto uma das duas modalidades de tratamento pode ser o preferencial, pelo menos no início do tratamento. Veja o quadro a seguir:

Os medicamentos IRS são o tratamento de escolha quando:

- Sintomas OC são graves ou incapacitantes
- Sintomas graves depressivos ou de ansiedade estão presentes
- Existem convicções quase delirantes em relação às obsessões
- O paciente recusa ou não adere à TCC (ausência de motivação)
- Quando existem co-morbidades associadas que exigem tratamento medicamentoso.

Entretanto em outras situações a TCC pode ser a escolha preferencial.

A TCC é a terapia de escolha para pacientes:

- Com sintomas OC de intensidade leve a moderada
- Com intolerância aos efeitos colaterais dos medicamentos
- Que não aceitam utilizar medicamentos
- Com predomínio de compulsões ou evitações
- Gestantes
- Que apresentam Transtorno Afetivo Bipolar como co-morbidade

QUESTÕES EM ABERTO

Embora a TCC do TOC consiga beneficiar a maioria dos pacientes algumas questões importantes continuam em aberto e certamente serão temas das próximas pesquisas:

- Porque alguns pacientes, embora com sintomas graves podem ter uma remissão completa e rápida dos sintomas enquanto que outros não aderem aos exercícios e não melhoram?
- Que fatores do paciente estão associados à resposta e à não resposta à terapia?

- Como conseguir a adesão desses pacientes ao tratamento e sua melhora com a TCC?
- A adição das técnicas cognitivas aumenta a eficácia da EPR? Reduz ou não as recaídas?
- Quais são os verdadeiros mecanismos pelos quais a TCC obtém os seus efeitos?

O esclarecimento dessas questões, dos mecanismos pelos quais atua, um maior conhecimento dos efeitos a longo prazo possibilitaria o amadurecimento da TCC como terapia (Marks, 2002).

COMENTÁRIOS FINAIS E DESAFIOS FUTUROS

O modelo cognitivo-comportamental permitiu uma melhor compreensão dos sintomas obsessivo-compulsivos, da importância de aprendizagens errôneas e de crenças disfuncionais na sua gênese e especialmente na sua manutenção. Permitiu, ainda, a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias que possibilitam sua redução na maioria dos pacientes e até sua eliminação completa.

Restam alguns desafios que talvez possam ser resolvidos nos próximos anos: ampliar o alcance da TCC para o TOC, modificando algumas das suas estratégias para que um número maior de pacientes, atualmente refratários ou não aderentes, possa beneficiar-se; tornar a TCC disponível à população, pelo treinamento de um número maior de profissionais; adoção por parte das instituições, do tratamento em grupo, formato que permite tratar um número maior de pacientes, ampliando seus alcances na comunidade em razão de uma relação custo benefício bastante favorável. E finalmente um enfoque preventivo poderia ser adotado, com o desenvolvimento de técnicas e implementação de políticas visando o tratamento precoce de crianças e adolescentes portadoras do TOC e impedindo que ele se perpetue por toda a vida, com enormes custos pessoais, familiares e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(1):44-52.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002..
- Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(11):1128-36.
- Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2007; 45(1):123-37.
- Baer L. *Getting Control – overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume, 2000.
- Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press, 1976.
- Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112(3):180-6.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986; 24:461-70.
- Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, et al. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:113-120.
- Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* 2003; 72(4):211-6.
- Cordioli AV. *TOC – Manual da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Cottraux J, Note I, Yao SN, et al. Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 288-297.

Emmelkamp PM, Visser S, Hoekstra R. Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Behav Res Ther* 1988; 12:103-114.

Emmelkamp PM, Beens H. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 1991; 29(3):293-300.

Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer BA. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Mental Dis* 1993; 181:189-193.

Foa EB. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther* 1979; 17:169-76.

Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(2):287-97.

Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(1):151-61.

Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-446.

Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rheaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 405-413.

Frost R e Steketee G. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. New York, Pergamon, 2002.

Hogdson R, Rachman SJ. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther* 1972; 10:111-7.

Ito LM, Araújo LA, Hemsley DR, Marks IM. Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from controlled study. *J Anx Dis* 1995; 9: 269-281.

- Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, et al. Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology* 1998; 136:205-216
- Lavy E, Van Den Hout M. Thought suppression induces intrusion. *Behavioral Psychotherapy* 1990; 18:251-258.
- Likierman H, Rachman SJ. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav Res Ther* 1980; 18:387-94.
- March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guideline Series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl. (4):13-72.
- 6 Marks IM, Hodgson R, Rachman SJ. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure – a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975; 127:349-64.
- Marks IM. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress. *Can J Psychiatry* 1997; 42:1021-1027.
- Marks IM, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit J Psychiatry* 1988;153, 650-655
- Marks IM. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *Br J of Psychiatry* 2002; 180: 200-204.
- Mawson D, Marks IM, Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 11-8.
- McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Sochting I, Koch WJ, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:205-14.
- Meyer V. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical. Publ.; 1990.
- Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther* 1966; 4:273-80.

Formatados: Marcadores e numeração

Miguel EC, Rosario-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 150-156.

Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev* 1939; 46:553-66.

30. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiq* 1999; 21:209-216.

O'Connor KP, Aardema F, Robillard S, Guay S, Pelissier MC, Todorov C, Borgeat F, Leblanc V, Grenier S, Doucet P. Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(5):408-419.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 9:237-47.

Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292(16):1969-76.

Rachman SJ, De Silva P, Roper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 1976; 14: 445-453.

Rachman SJ, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16: 233-248.

Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35: (9): 793-802.

Röper G, Rachman SJ, Hogdson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 1973; 11:271-7.

Röper G, Rachman SJ. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav Res Ther* 1976; 14(1):25-32.

Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:311-13.

Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27:677-82.

Formatados: Marcadores e numeração

- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998; 173(Suppl. 35):53-63.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37:S29-S52.
- Shafran R, Thordarson D, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Dis* 1995; 10: 379-392.
- Simpson HB, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:584-90.
- Simpson HB, Liebowitz MR, Foa EB, Kozak MJ, Schmidt AB, Rowan V, et al.. Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2004; 19(4):225-233.
- Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV, et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(7):1133-9.
- Tenneij NH, van Megen HJ, Denys DA, Westenberg HG. et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(9):1169-1175.
- Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. et al. Cognitive-behavioral therapy for medication non responders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7):922-31.
- Van Balkom AJLM, Van Oppen P, Vermeulen AWA, et al. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994; 14:359-81.
- Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 33:79-87.
- Van Oppen P, De Haan E, Van Balkon AJ Spinhoven P, Hoogduin K, van Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1995; 33: 379-390.

Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord* 1997; 11(4):431-46.

Van Noppen B, Pato M, Marsland R, et al. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Practice and Res* 1998; 7: 272-280.

Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2005; 43(12):1559-1576