

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Faculdade de Medicina - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Serviço de Psiquiatria**  
**Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN)**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO  
NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

**MANUAL DA TERAPIA**

Prof. Aristides V. Cordioli

**Março de 2005**

## **INFORMAÇÕES GERAIS**

---

- 1. Horário e local das reuniões:** As reuniões do Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são realizadas na **sala 650, zona 6, às quintas-feiras, das 18 às 20 horas.**
- 2. Número de sessões:** Haverá um total de 12 sessões, sendo uma sessão por semana.
- 3. Marcação das consultas:** Ao término de cada sessão, é fundamental comparecer à secretaria da zona 7 e agendar as sessões subseqüentes.
- 4. Faltas e atrasos:** Procure não faltar. Contudo, se houver necessidade, avise com antecedência sempre que possível, ligando para o número **2101.8272** (zona 7) e deixando recado com as secretárias **ou, se preferir, ligue para a pesquisadora Andréa Litvin Raffin – Fone: (51) 9901-5856.** Serão desligados do grupo os pacientes que tiverem duas faltas consecutivas sem notificação prévia. Procure sempre chegar no horário, mas não deixe de comparecer por motivo de atraso. Por fim, se houver a necessidade de entrar em contato com a equipe por algum motivo, ligue para os referidos números e deixe o número do seu telefone para que a equipe possa contatá-lo se for preciso ou conveniente.
- 5. Interrupção do tratamento:** Os pacientes que não estiverem se sentindo bem ou acreditarem que não estejam se beneficiando do tratamento têm liberdade, a qualquer momento, de solicitar seu desligamento do programa. Nesta eventualidade, solicitamos que os pacientes conversem com os coordenadores da pesquisa, explicando seus motivos.
- 6. Aplicação de escalas:** O grupo de tratamento para o TOC está inserido em uma pesquisa do Serviço de Psiquiatria. Com a finalidade de avaliar o andamento da terapia, pesquisadores do grupo de pesquisa irão contatar os pacientes para a aplicação de escalas. Tal aplicação toma em torno de 30 a 45 minutos por paciente.
- 7. Manual da Terapia:** Lembre-se de trazer seu *Manual da Terapia* para todas as sessões, pois ele serve também como um caderno de exercícios e registros a serem realizados durante as sessões ou em casa. Além disso, o *Manual da Terapia* contém um resumo dos temas a serem abordados em cada sessão.

## **APRESENTAÇÃO**

---

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença bastante comum, acometendo aproximadamente um em cada 40 a 50 indivíduos durante a vida. É provável que, no Brasil, existam entre 3 a 4 milhões de pessoas com o TOC, e, no Rio Grande do Sul, em torno de 200.000. Muitas dessas pessoas têm uma vida gravemente comprometida pelos sintomas, mas nunca foram diagnosticadas, pela simples razão de que desconhecem o fato de que esses sintomas constituem, na realidade, uma doença, e não simples “manias”.

O TOC é considerado uma doença mental grave por vários motivos: é uma das dez maiores causas de incapacitação de acordo com Organização Mundial da Saúde; em geral, é uma doença crônica; acomete os indivíduos ainda quando jovens – seu início, em geral, é ao final da adolescência ou início da idade adulta, mas não é raro que comece durante a infância – e, via de regra, mantém-se ao longo de toda a vida. É verdade que o TOC apresenta flutuações, mas raramente desaparece por completo e, em aproximadamente 10% dos casos, tende a evoluir para uma deterioração progressiva. Seus sintomas provocam grande desconforto, acarretam limitações profissionais, sociais e na vida pessoal dos portadores, sendo, não raro, incapacitantes pelo tempo que tomam e pelo grau de sofrimento que os acompanha.

Os sintomas do TOC também provocam uma grande interferência nas rotinas da família. É comum a restrição ao uso de objetos (móveis, roupas, talheres), ao acesso a peças da casa (tanto por parte do portador como da família), a demora no banheiro, a preocupação excessiva com sujeira ou contaminações, manias de limpeza (por exemplo, lavando excessivamente as mãos, as roupas, o piso da casa, obrigando os demais membros da família a fazerem o mesmo). Essas preocupações, cuidados excessivos e exigências interferem nas rotinas da família, no lazer, provocam discussões, atritos, desarmonia, exigências irritadas no sentido de não interromper ou de participar dos rituais, dificuldades para sair, atrasos, etc., e não raramente a separação de casais ou a demissão de empregos.

O TOC se caracteriza pelo fato de o indivíduo ter sua mente invadida por pensamentos, imagens, palavras ou impulsos que são involuntários e indesejados – as obsessões. São comuns as preocupações envolvendo sujeira/limpeza, necessidade de ter certeza, dúvidas, preocupação com alinhamento ou simetria de móveis, objetos ou papéis, guardar coisas inúteis ou ser atormentado por pensamentos “ruins” ou “horríveis”, que se tenta afastar ou neutralizar sem sucesso. Esses pensamentos ou impulsos invasivos normalmente são acompanhados de medo ou aflição, e levam o indivíduo a executar manobras destinadas a reduzir a aflição – os chamados rituais ou compulsões, como lavar as mãos, evitar tocar em objetos considerados sujos ou contaminados, verificar portas, janelas, gás, alinhar, guardar. E, como o portador de TOC de fato sente alívio ao realizar os rituais, acredita ser este o verdadeiro caminho para ter menos aflição quando, na verdade, está se tornando prisioneiro de uma armadilha, passando a se sentir impelido a repetir esses rituais toda vez que sua mente é invadida por alguma obsessão. Pode-se dizer, então, que o TOC é uma doença de medos excessivos, e que as compulsões ou rituais e as evitações são as formas erradas de se lidar com esses medos.

### **As causas do TOC**

Até o presente momento não foram ainda esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Existem evidências de que diversos fatores podem estar envolvidos em sua origem. Alterações em funções cerebrais que envolvem substâncias como a

serotonina, infecções e traumatismos cerebrais podem provocar sintomas obsessivo-compulsivos. Por outro lado, o TOC costuma ser uma doença familiar: é mais comum entre gêmeos idênticos do que entre gêmeos não-idênticos, e, quando existe um portador numa família, é comum que existam outros indivíduos acometidos. Assim, existe uma suspeita de que possa haver um componente genético na origem do TOC.

Sabe-se, ainda, que fatores de ordem psicológica, como certas formas erradas de aliviar a ansiedade e o medo, aprendidas ao longo da vida (como, por exemplo, a evitação de tudo o que se acredita ser perigoso ou arriscado, além da tendência a exagerar o risco que as coisas têm ou a própria responsabilidade sobre os acontecimentos), influenciam no surgimento e na manutenção dos sintomas.

### **Tratamentos para o TOC**

Felizmente, de uns anos para cá, métodos eficazes foram desenvolvidos para o tratamento do TOC: uso de medicações – clomipramina (Anafranil), fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina ou citalopram – e a chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os dois métodos podem ser usados de forma independente ou em associação, e ainda não se sabe em que situações essa associação é vantajosa. Entre 20 e 60% dos pacientes que usam medicamentos respondem ao tratamento, isto é, apresentam uma boa redução na intensidade dos sintomas; essa redução tende a ser um pouco maior com o uso da terapia cognitivo-comportamental.

### **A terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

A TCC parte do princípio de que o indivíduo, por alguma razão que se desconhece (talvez por uma predisposição genética), adquiriu, ao longo na vida (normalmente quando jovem), medos excessivos e distorcidos: de sujeira, contaminação, de cometer erros, de se sentir responsável pela ocorrência de doenças ou desastres ou por impedir que aconteçam. O indivíduo também aprendeu que a realização de rituais ou a evitação de determinadas situações alivia tais medos; por esse motivo, tem a necessidade de executá-los todo momento, perpetuando o transtorno para o resto da vida. A TCC tem por objetivo levar o indivíduo a perder tais medos, aprendendo como eliminá-los e livrando-se, assim, dos sintomas do TOC. Esses objetivos são alcançados através de algumas técnicas chamadas de comportamentais e cognitivas: exposição, prevenção da resposta e correção das crenças distorcidas comuns no TOC, que serão aprendidas ao longo da terapia.

A TCC é um tratamento breve. No início, geralmente é acompanhada por um aumento da ansiedade – porém perfeitamente suportável –, seguida de um alívio posterior dos sintomas. O sucesso depende essencialmente da realização efetiva dos exercícios programados para os intervalos entre as sessões. Os pacientes que conseguem vencer seus medos e realizar as tarefas programadas obtêm, de modo geral, um alívio acentuado dos sintomas ou até mesmo seu desaparecimento completo.

### **TCC em grupo**

A TCC pode ser realizada sob a forma de tratamento individual (no consultório) ou em grupo. Esta última forma é igualmente efetiva e proporciona a oportunidade de tratamento para um número maior de pacientes. Oferece, ainda, algumas vantagens adicionais em relação ao tratamento individual, como:

- Possibilidade de compartilhar informações e experiências e de descobrir que outras pessoas possuem o mesmo problema, diminuindo o isolamento, a vergonha e o estigma que, em geral, acompanham os portadores do TOC.

- Aquisição de esperança pela observação da melhora dos outros. Como o TOC, em geral, é um transtorno crônico, os pacientes com frequência descreditam que um dia possam se livrar de seus sintomas. Vendo outras pessoas melhorarem, eles voltam a acreditar que também podem melhorar.
- Encorajamento para assumir riscos e realizar tarefas evitadas por serem consideradas perigosas: é mais fácil assumir riscos e perder o medo quando observamos outras pessoas fazendo tarefas que nós mesmos tememos.
- Apoio e coesão no grupo mediante o envolvimento dos participantes nas discussões, incentivando e apoiando os demais, dando sugestões e vice-versa.
- Oportunidade de corrigir erros de percepção e de avaliação pela observação do comportamento dos outros, aprendendo, com isso, a distinguir entre um comportamento normal e um sintoma do TOC.

Maiores detalhes da técnica podem ser encontradas nos artigos citados na lista bibliográfica (Falls-Stewart et al., 1993; Van Noppen et al., 1997, 1998).

### **As etapas da terapia cognitivo-comportamental em grupo**

A TCC em grupo é um tratamento breve, com um total de 12 sessões semanais de duas horas cada e, eventualmente, mais algumas sessões de acompanhamento após a alta. O paciente é inicialmente avaliado por um psiquiatra, para fazer o diagnóstico do TOC e verificar se não há a presença de outras doenças que contraindiquem esta modalidade de tratamento ou exijam outras abordagens, como o uso de medicamentos. Uma vez completada a avaliação, se o paciente for diagnosticado como portador de TOC, não apresentar nenhuma contra-indicação, estiver efetivamente interessado em se tratar e dispor do tempo necessário para comparecer às sessões, estará apto a iniciar o tratamento.

## SEQÜÊNCIA DAS SESSÖES

---

- **Sessão 1 – Identificando os Sintomas do TOC** – Sessão conjunta com familiares. Apresentação dos participantes. Informações psicoeducativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar. Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados (evitação).
- **Sessões 2 e 3 – As Causas do TOC e o Modelo Comportamental e a Terapia de Exposição e Prevenção da Resposta** – Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção da resposta e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção da resposta no grupo e nos intervalos entre as sessões.
- **Sessão 4 – Pensamentos e Crenças Distorcidas no TOC** – Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 5 – Excesso de Risco e Responsabilidade** – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do risco e da responsabilidade. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 6 – Exagerar a Importância dos Pensamentos** – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 7 – Necessidade de Ter Certeza e Perfeccionismo** – Continuação das tarefas de exposição e prevenção da resposta e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
- **Sessão 8 – O TOC e a Família** – Sessão conjunta com os familiares. O TOC e a família. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessões 9, 10 e 11 – Continuando o Tratamento, Prevenção de Recaídas e Reforços** – Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de automonitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta. Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12 – Avaliação da Terapia** – Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

Ao longo das sessões, sempre haverá explicações por parte do terapeuta sobre aspectos do TOC e oportunidades para esclarecer dúvidas. Fazem parte deste método de tratamento tarefas e exercícios para serem feitos em casa, que são prescritos ao final de cada sessão a partir de sugestões do próprio paciente e dos demais participantes e relatados no início da sessão seguinte. As metas e exercícios de cada semana são registrados no *Manual da Terapia*, onde existem espaços apropriados para listas, resumos das explicações, gráficos, escalas de sintomas, etc. Por fim,

talvez o aspecto mais importante do tratamento seja o clima de incentivo, amizade e descontração que acaba se estabelecendo entre os participantes do grupo, o que resulta em estímulo para a realização dos exercícios e tarefas necessários para a superação das dificuldades, capacidade de suportar um certo aumento da aflição e o posterior alívio dos sintomas dos quais o paciente se tornou prisioneiro.

### **Participação da família**

O envolvimento dos familiares nos sintomas do TOC ocorre na grande maioria dos casos. E se, por um lado, a família pode auxiliar o paciente a superar os sintomas, ela também pode, por outro, adotar atitudes que os reforcem. Por esse motivo, a TCC em grupo prevê a participação dos familiares em duas ocasiões: na primeira sessão, para ouvirem, junto com os pacientes, a explanação sobre o que é o TOC e quais são seus sintomas; e na oitava sessão, na qual são debatidas formas de colaborar com o tratamento – uma ótima oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

## **Anexos**

---

- Lista de Sintomas
- Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões
- Lista de Comportamentos Evitativos
- Escala Y-Bocs



### **Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)**

Assinale com um X os sintomas que você apresentou no passado ou apresenta no presente. Sublinhe aqueles que você considera de fato sintomas do TOC. Os itens assinalados com \* podem não ser sintomas do TOC.

#### **OBSESSÕES**

##### **A. Obsessões de conteúdo agressivo**

Passado    Presente

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Medo de poder se ferir  |
| ___ | ___ | Medo de poder ferir os outros   |
| ___ | ___ | Imagens violentas ou horríveis  |
| ___ | ___ | Medo de falar obscenidades ou insultar outras pessoas                             |
| ___ | ___ | Medo de fazer coisas que causem embaraço*   |
| ___ | ___ | Medo de por em prática impulsos indesejáveis (por exemplo, ferir amigos)          |
| ___ | ___ | Medo de roubar coisas   |
| ___ | ___ | Medo de ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso                   |
| ___ | ___ | Medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível (incêndio, assalto) |

Outro: \_\_\_\_\_

##### **B. Obsessões com contaminação**

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Preocupação ou aversão a resíduos ou secreções corporais (urina, fezes, saliva)          |
| ___ | ___ | Preocupação com sujeira ou germes  |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com contaminantes ambientais (radiação, asbesto, lixo tóxico)      |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com itens de limpeza do lar (detergentes, solventes)               |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com animais (insetos)  |
| ___ | ___ | Preocupação de que possa ficar doente por causa do contato com substâncias ou resíduos   |
| ___ | ___ | Preocupação de que outros possam ficar doentes em razão de disseminação de contaminantes |
| ___ | ___ | Nenhuma outra preocupação com contaminantes além de como irá se sentir                   |
| ___ | ___ | Desconforto com substâncias viscosas ou resíduos   |

Outro: \_\_\_\_\_

**C. Obsessões com conteúdo sexual**

Passado    Presente

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos         |
| ___ | ___ | Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais envolvendo crianças ou incesto |
| ___ | ___ | Envolvendo homossexualidade*  |
| ___ | ___ | Comportamento sexual em relação a outros (agressivo)*                   |

Outro: \_\_\_\_\_

**D. Obsessões de armazenagem/poupança**

Colecionar, guardar objetos inúteis (diferente de *hobbies* ou de preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário). Descrever: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Obsessões religiosas: (escrupulosidade)**

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com blasfêmias ou sacrilégios    |
| ___ | ___ | Excesso de preocupação com certo/errado, ou moralidade |

Outro: \_\_\_\_\_

**F. Obsessões de simetria, exatidão ou alinhamento**

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Acompanhadas por pensamentos mágicos (preocupação com a possibilidade de que a mãe sofra um acidente a menos que as coisas estejam no local exato) |
| ___ | ___ | Não acompanhadas por pensamentos mágicos   |

**G. Obsessões diversas**

Passado    Presente

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Necessidade de saber ou lembrar                       |
| ___ | ___ | Medo de dizer certas coisas ou palavras               |
| ___ | ___ | Medo de não dizer a coisa da maneira exata ou correta |
| ___ | ___ | Medo de perder coisas                                 |
| ___ | ___ | Imagens intrusivas (não-violentas)                    |
| ___ | ___ | Sons, palavras ou músicas intrusivas sem sentido      |
| ___ | ___ | Incomodação por certos sons/barulhos*                 |

___	___	Preocupação excessiva com números de azar ou sorte
___	___	Preocupação excessiva com cores (significado especial)
___	___	Medos supersticiosos

Outro: \_\_\_\_\_

**H. Obsessões somáticas**

Passado	Presente	
___	___	Preocupação excessiva com doenças*
___	___	Preocupação excessiva com partes do corpo ou com aparência (dismorfofobia)*

Outro: \_\_\_\_\_

**COMPULSÕES**

**A. Compulsões por limpeza/lavagem**

Passado	Presente	
___	___	Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
___	___	Banho, escovação de dentes, arrumação ou rotinas de higiene excessivas ou ritualizadas
___	___	Envolvimento excessivo com itens de limpeza da casa ou objetos (talheres, móveis, etc.)
___	___	Outras medidas para prevenir ou evitar contato com contaminantes. Descrever: _____

\_\_\_\_\_

**B. Compulsões de verificação ou controle**

Passado	Presente	
___	___	Verificar fechaduras, fogão, utensílios, etc.
___	___	Verificar se não feriu ou irá ferir os outros
___	___	Verificar se não se feriu ou se não irá se ferir
___	___	Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
___	___	Verificar se não cometeu nenhum erro
___	___	Verificações ligadas a obsessões somáticas

Outro: \_\_\_\_\_

**C. Repetições**

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Reler ou reescrever repetidamente parágrafos, páginas  
\_\_\_ \_\_\_ Necessidade de repetir atividades rotineiras (sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira)

Outro: \_\_\_\_\_

---

**D. Compulsões de contagem**

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Descrever: \_\_\_\_\_

---

**E. Compulsões por ordem/arranjos/seqüências**

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Necessidade de simetria, seqüência, ou alinhamento

Outro: \_\_\_\_\_

---

**F. Compulsões por armazenar/coleccionar**

Essas compulsões devem ser distinguidas de *hobbies* e preocupações com objetos de valor monetário ou sentimental (por exemplo, ler cuidadosamente correspondência inútil, empilhar jornais velhos, preocupação com lixo, colecionar objetos inúteis).

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Descrever: \_\_\_\_\_

---

**G. Compulsões diversas**

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Rituais mentais (outros além de contar/verificar mentalmente)  
\_\_\_ \_\_\_ Fazer listagens excessivas  
\_\_\_ \_\_\_ Necessidade de perguntar, contar ou confessar  
\_\_\_ \_\_\_ Necessidade de tocar, bater de leve ou roçar em objetos\*  
\_\_\_ \_\_\_ Rituais envolvendo piscar ou olhar fixamente\*  
\_\_\_ \_\_\_ Medidas para evitar se ferir ( ), ferir aos outros ( ) ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins ( ).  
\_\_\_ \_\_\_ Comportamentos ritualizados para comer\*

—	—	Comportamentos supersticiosos
—	—	Tricotilomania (arrancar cabelos)*
—	—	Outros comportamentos automutilantes como beliscar-se ou picar-se*

### **Bibliografia**

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 2. ed., 1990, p.411

## Lista de comportamentos evitativos – Aristides V. Cordioli

Faça um X na respectiva coluna caso você tenha evitado no passado ou evita no presente o comportamento descrito.

Passado	Presente	
___	___	Tocar em objetos que contenham pó
___	___	Apertar as mãos de outras pessoas
___	___	Tocar em maçanetas de portas de lugares públicos
___	___	Tocar em torneiras de banheiros públicos
___	___	Tocar com a mão na tampa do vaso do banheiro
___	___	Tocar em dinheiro e não lavar as mãos depois
___	___	Usar banheiros públicos
___	___	Usar banheiro coletivo sem cobrir com papel
___	___	Usar o sabonete usado por outras pessoas
___	___	Usar a toalha ou lençóis usados por outros membros da família
___	___	Dormir em hotéis ou motéis sem verificar ou trocar a roupa de cama
___	___	Sentar-se em sofás, camas, cadeiras ao chegar da rua sem antes trocar de roupa ou sem cobri-las com algum tecido, lençol, colcha, etc.
___	___	Jantar num restaurante sem verificar se a louça está limpa
___	___	Usar a louça sem antes lavar
___	___	Tocar em carne ou pegar alimentos com a mão
___	___	Tocar em substâncias viscosas (colas, geléias, gelatinas, urina, sêmen, sangue, etc.) sem lavar de imediato as mãos
___	___	Tocar em animais domésticos (cães, gatos)
___	___	Tocar em madeira ou em algum outro objeto. Qual? _____
___	___	Sentar em bancos de praças ou outros lugares públicos
___	___	Tocar no corrimão de ônibus ou escadas públicas
___	___	Tocar na sola dos sapatos sem lavar as mãos imediatamente
___	___	Entrar em casa com sapatos ou roupas usadas na rua
___	___	Andar em lugares considerados contaminados (ruas, praças ou hospitais)
___	___	Usar roupas, objetos pessoais considerados contaminados (bolsas, carteiras)
___	___	Tocar em móveis ou objetos considerados contaminados
___	___	Usar aparelhos considerados contaminados (aspirador, secador, etc.)

- Dizer ou escrever uma determinada palavra ou cantar uma música
- Iniciar qualquer atividade sem executar um ritual mental
- Usar roupas ou objetos de determinadas cores
- Usar certas roupas ou objetos em determinados dias da semana ou do mês
- Realizar certas tarefas em determinados dias da semana ou do mês
- Deixar coisas em desalinho ou fora do lugar
- Assistir filmes que contenham imagens violentas
- Assistir a cenas na televisão ou em filmes nas quais apareçam certos animais (cabras, ratos) ou insetos (baratas, mosquitos)

Outras evitações que não constam da lista: \_\_\_\_\_

---

---

## **Escala Y-BOCS**

### **1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos**

*P. Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?*

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais
- 2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

### **2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos**

*P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?*

- 0 **Nenhuma interferência**
- 1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
- 3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

### **3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos**

*P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?*

- 0 **Nenhuma perturbação**
- 1 **Leve:** muito pouca
- 2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

### **4. Resistência às obsessões**

*P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

### 5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

*P. Até que ponto consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?*

- 0 **Controle total**
- 1 **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
- 2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
- 3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade
- 4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

**Escores das obsessões** \_\_\_\_\_

### 6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

*P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?*

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

## 7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

*P. Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que deixa fazer graças às compulsões?*

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

## 8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

*P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?*

0 **Nenhum sofrimento**

1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

## 9. Resistência contra compulsões

*P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

#### **10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo**

*P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?*

- 0 **Controle total**
- 1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
- 2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade
- 3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões
- 4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

**Escores de compulsões:**\_\_\_\_\_

**Escore Total:**\_\_\_\_\_

#### **Bibliografia**

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-11.
2. Escala traduzida por Asbahar, F.R.; Lotufo Neto F.; Turecki, G.X. e cols. In: Miguel, E.C. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.

## **SESSÃO 1 - IDENTIFICANDO OS SINTOMAS DO TOC**

---

### **Agenda**

- Apresentação do projeto, dos participantes e familiares; entrega do *Manual da Terapia* e do folheto.
- Explicação dos objetivos do grupo, regras e combinações; objetivos da sessão.
- Explicação: os sintomas do TOC, incidência, curso e impacto na vida pessoal e familiar.
- Exercícios práticos: leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da lista de evitações; exercício de identificação de obsessões, compulsões e evitações.
- Tarefas de casa: leitura de folheto explicativo e elaboração de listas de sintomas. Leituras adicionais: *site* da Internet ([www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc)), livro *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* (Cordioli, 2004). Editora Artmed. Avaliação da sessão pelos participantes.

### **Apresentação do projeto e dos participantes e entrega do material**

A primeira sessão tem início com uma breve apresentação de cada um dos participantes, incluindo nome, profissão, procedência, quais os sintomas que apresenta, tratamentos que já realizou e o que espera do grupo. Depois, há a apresentação das demais pessoas presentes. O coordenador faz uma breve explicação sobre as vantagens da terapia em grupo; situa a TCC em grupo no contexto das terapias para o TOC e expõe a agenda da sessão, dando oportunidade para os pacientes e familiares exporem suas opiniões, fazerem perguntas, etc.

### **Distribuição do *Manual da Terapia***

A seguir é distribuído o *Manual da Terapia*. O coordenador explica o conteúdo do manual: roteiro das sessões, folhas de exercício, etc. Expõe as regras e combinações a serem seguidas (pág.2), ressaltando a importância da assiduidade, pontualidade e realização dos exercícios, e explica como se desenrolam as sessões: revisão das tarefas de casa, breve explicação, exercícios da sessão e combinações das novas tarefas de casa.

### **Identificando os sintomas do TOC**

A primeira meta da TCC para o TOC é a identificação dos sintomas do transtorno. É importante que o paciente consiga reconhecer fenômenos que ocorrem na sua mente ou na sua conduta e são típicos do transtorno: obsessões, compulsões, compulsões mentais e evitações; afetos negativos, como medo, aflição, tristeza; e manobras realizadas para diminuir ou neutralizar esses afetos. Para tanto, o terapeuta faz uma breve explicação sobre os sintomas do TOC, procurando exemplificá-los a partir dos relatos dos participantes na apresentação. Aborda, ainda, a incidência e a prevalência do TOC, bem como as razões de sua gravidade: curso e impacto na vida pessoal e familiar. A seguir é apresentado um breve resumo dos conceitos básicos.

### **O que é TOC e quais são os seus sintomas**

O TOC se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões suficientemente graves para ocupar boa parte do tempo do paciente (pelo menos uma hora por dia), causando desconforto ou um comprometimento importante das

atividades diárias, do desempenho profissional e das relações interpessoais e familiares.

### **O que são obsessões?**

São idéias, pensamentos, imagens, palavras, frases, números ou impulsos involuntários que invadem a consciência de forma repetitiva e persistente. O indivíduo, por sua vez, mesmo desejando ou fazendo esforços, muitas vezes não consegue afastar ou suprimir esses pensamentos. As obsessões são sentidas como estranhas ou impróprias e geralmente acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer. Em geral, são tomadas como verdadeiras e, mesmo quando consideradas absurdas ou sem lógica, causam aflição, compelindo o indivíduo a fazer algo ou a evitar fazer algo (dependendo do tipo de obsessão) a fim de se livrar do medo (neutralizá-las). Exemplos incluem lavar as mãos, fazer verificações, repetir tarefas para que não aconteçam falhas e para o indivíduo não ser responsabilizado, evitar tocar em objetos considerados perigosos, contar, etc. As obsessões mais comuns relacionam-se a:

- Sujeira ou contaminação;
- Dúvidas;
- Simetria, perfeição, exatidão ou alinhamento;
- Agressão, preocupação em ferir, insultar ou agredir outras pessoas;
- Conteúdo sexual obsceno ou impróprio;
- Armazenagem, poupança, guardar coisas inúteis ou economizar;
- Somáticas;
- Religiosas: pecado, culpa, escrúpulos;
- Mágicas: números especiais, cores, datas e horários.

### **O que são compulsões?**

São comportamentos ou atos mentais repetitivos, executados em resposta a obsessões, ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigorosamente, como lavar as mãos, contar, repetir frases ou números, fazer verificações, alinhar, guardar ou armazenar, repetir perguntas, etc. As compulsões produzem o alívio momentâneo da ansiedade, sendo que o indivíduo é levado a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão. Não possuem uma conexão realística com o que desejam prevenir (por exemplo: apagar e acender a luz seis vezes para impedir um acidente de carro). As compulsões mais comuns são:

- Lavagem ou limpeza;
- Verificações ou controle;
- Repetições ou confirmações;
- Contagens;
- Ordem, arranjo, simetria, seqüência ou alinhamento;
- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis;
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar.

Também é comum a lentidão na execução de tarefas, a protelação e, em particular, as evitações.

### **O que são compulsões mentais?**

Algumas compulsões não são percebidas pelas demais pessoas porque são realizadas mentalmente: repetir palavras especiais ou frases/rezas, lembrar imagens ou cenas, fazer contagens ou repetir números, fazer listas, marcar datas, tentar afastar pensamentos indesejáveis substituindo-os por pensamentos contrários, etc.

### **O que são evitações?**

Em função de seus medos, o portador de TOC passa a evitar tocar em objetos e freqüentar certos lugares ou afastar certos pensamentos que, no seu entender, podem provocar desastres ou condenações. Exemplos: não tocar em objetos, móveis ou utensílios considerados contaminados; não se sentar em sofás, camas ou assentos de ônibus por medo de contaminação ou sujeira; não tocar em dinheiro, trincos de porta, não cumprimentar pessoas, etc. sem lavar as mãos depois; não usar banheiros públicos; não entrar em casa com os sapatos ou roupas usados na rua; não freqüentar lugares públicos, como hospitais, praças, considerados sujos ou contaminados; não passar por baixo de escadas, não pronunciar determinadas palavras; procurar livrar-se de pensamentos que assustam, etc.

### **Neutralização**

A neutralização diz respeito a todas as manobras que o paciente inicia voluntariamente, como rituais, repetir perguntas ou explicações, substituir pensamentos, buscar reasseguramentos. A neutralização tem o objetivo de reduzir o medo, a aflição, a responsabilidade, a dúvida ou o risco imaginado. Pode ser encoberta (mental) ou manifesta.

Pesquisas têm demonstrado que o fato de o indivíduo utilizar diferentes formas de neutralização impede que seus medos desapareçam naturalmente, pois as oportunidades de confirmar se os medos são verdadeiros ou não, são perdidas. Na dúvida, o indivíduo segue realizando os rituais, e o fato de eles provocarem alívio aparece como uma prova de que seus medos são verdadeiros. Além disso, o esforço em neutralizar os medos faz com que as obsessões aumentem em intensidade e freqüência. Esforçar-se por afastar um pensamento “ruim” faz com que ele ocorra ainda mais intensa e freqüentemente.

Junto com a neutralização, o indivíduo adota outras manobras para controlar seus medos: ficar permanentemente com a atenção focalizada em certos temas ou, então, vigiando objetos, situações, lugares, pessoas que possam desencadear suas obsessões. Essa hipervigilância faz com que as obsessões sejam ainda mais freqüentes e intensas. É como diz o ditado, “quanto mais se pensa no demônio, mais ele aparece”, ou quanto mais a pessoa se preocupa com sujeira, mais vê sujeira.

### **Informações adicionais**

É importante que o paciente se informe e saiba tudo sobre o TOC. Isso o ajudará a identificar os sintomas e adotar novas formas de lidar com eles. Isso é particularmente importante porque, muitas vezes, já se habituou aos rituais, que passaram a fazer parte da sua maneira corriqueira de funcionar, perdendo a noção do que é normal e do que é exagerado, convivendo com seus sintomas com naturalidade, mesmo que eles lhe tomem muito tempo.

Informações adicionais podem ser buscadas no site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc) e nas associações de portadores do TOC. Recomenda-se também a leitura de folhetos e do

livro *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*, do Dr. Aristides V. Cordioli, editado pela Artmed de Porto Alegre, que se destina a familiares e portadores do TOC e pode ser adquirido pela Internet ([www.livrariasaraiva.com.br](http://www.livrariasaraiva.com.br)) ou diretamente na Editora Artmed, pelo telefone (51) 3330.3444.

### **Exercício prático: elaboração da lista de sintomas**

Uma vez tendo compreendido o que é o TOC e quais são os seus sintomas, o passo seguinte da terapia de exposição e prevenção da resposta é a elaboração, pelo paciente, da lista dos seus sintomas. Essa tarefa é iniciada ainda durante a primeira sessão, mediante a leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da *lista de evitações* (pág. 10 e 15) por um dos participantes. Após a leitura, o terapeuta abre espaço para o esclarecimento de dúvidas.

A *lista de sintomas* (pág. 9) deve ser preenchida em casa, no intervalo até a próxima sessão. É importante que ela contenha o máximo possível de detalhes, especificando locais, situações, objetos que desencadeiam obsessões ou levam à realização de rituais ou evitações, tempo despendido, além de número de vezes que um comportamento é repetido. A lista servirá de base para a TCC. É importante identificar as situações, objetos, locais ou pessoas que desencadeiam os sintomas referidos nos dois materiais lidos anteriormente. A seguir são apresentados alguns exemplos. *Obs.: Não preencher as colunas do grau de aflição, que serão preenchidas na próxima semana.*

### **Situações ou objetos que desencadeiam medo de sujeira ou contaminação**

- Segurar trincos de portas;
- Segurar corrimãos de ônibus ou escadas;
- Pisar no tapete em casa ou no escritório;
- Usar banheiros em shoppings ou cinemas;
- Usar banheiros em rodoviárias, avião ou ônibus;
- Sentar em sofás ou cadeiras de salas de espera;
- Andar com os sapatos dentro de casa.

### **Situações ou objetos que desencadeiam medo de ferir os outros**

- Ver facas ou tesouras na mesa;
- Segurar facas ou tesouras;
- Usar a faca de cozinha para cortar frutas ou vegetais;
- Ver uma faca grande ou punhal;
- Usar uma faca grande ou punhal;
- Abraçar ou segurar um familiar tendo uma faca na mão;
- Andar perto de uma janela ou sacada com outra pessoa;
- Segurar um filho perto de uma janela ou escada.

### **Situações ou objetos que desencadeiam dúvidas e necessidade de realizar verificações**

- Portas e janelas ao sair de casa;

- Portas e janelas ao deitar;
- Gás ao sair de casa;
- Gás ao deitar;
- Geladeira ao deitar;
- Torneiras ao sair de casa;
- Eletrodomésticos ao sair de casa;
- Porta do carro ao sair do veículo.

### **Situações que desencadeiam medo de doenças**

- Andar em hospitais;
- Usar telefones públicos;
- Usar banheiros públicos;
- Sentar em salas de espera de hospitais;
- Sentar em bancos de praças freqüentadas por *gays*;
- Guardar frutas e mercadorias do supermercado;
- Cumprimentar determinadas pessoas (homossexuais, aidéticos, pessoas com câncer, etc.).

### **Tarefas para casa**

- 1) Leia atentamente os itens *Informações gerais e Apresentação* do presente manual.
- 2) Leia o folheto *Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas* e anote suas dúvidas para que sejam discutidas na próxima sessão. Leituras adicionais: *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* do Dr. Aristides V. Cordioli editado pela Artmed de Porto Alegre e o site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc).
- 3) Releia cuidadosamente a *Y-BOCS checklist* e a lista de evitações e procure identificar comportamentos, preocupações excessivas, pensamentos, medos ou evitações que você considera como seus possíveis sintomas do TOC. Depois, transcreva-os para a lista de sintomas. Ao lado de cada sintoma, anote a letra "O" para obsessões, "C" para compulsões e "E" para evitações. Nas colunas da direita, anote o tempo que os sintomas tomam na sua rotina diária (em horas ou minutos) e o número de vezes que você os executa nos casos de rituais ou evitações. Exemplo: *Situação*: ao sair de casa; *Sintoma*: verificar a fechadura da porta (C); *Tempo (duração)*: 2 minutos; *Nº vezes*: 3. Anote suas dúvidas para discuti-las no grupo. Deixe a coluna *Grau de aflição* em branco, para ser preenchida na próxima semana. Se possível, peça a ajuda de um familiar próximo e traga a folha preenchida para a próxima sessão.

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Antes de finalizar a sessão, o terapeuta solicita a cada um dos participantes uma avaliação da sessão. Esta é uma atividade rápida que dura entre cinco e dez minutos. Como é a primeira vez que a avaliação é feita, é interessante comentar que esta tarefa será uma rotina do final de todas as sessões, e tem como objetivo ressaltar o que cada um considerou de mais útil ou relevante. É necessário ser objetivo e administrar o tempo para não estender a sessão além das duas horas programadas, solicitando que os participantes sejam breves, estabelecendo um tempo para cada um se

manifestar, interrompendo manifestações muito extensas (a fim dar oportunidade a todos). Pode-se iniciar a atividade com uma solicitação do tipo: “Gostaria que cada um de vocês expressasse perante o grupo o que achou da sessão, especialmente o que considerou mais importante para si”. Dependendo do tempo disponível, o coordenador poderá, ainda, estimular a interação entre os participantes e a troca de opiniões ou solicitar avaliações sobre tarefas específicas, estendendo um pouco mais a tarefa: “O que você achou dos exercícios práticos?”, “Conseguiu compreender as explicações?”, etc. É importante que todos se manifestem, pois isso, além de aumentar o sentimento de pertencer a um grupo e melhorar a adesão ao tratamento, permitirá corrigir eventuais falhas ou dificuldades.

## **SESSÃO 2 – As causas do TOC e o modelo comportamental**

---

### **Agenda**

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas sobre as informações contidas no folheto e sobre a elaboração da lista. Revisão das listas individuais.
- Informações adicionais sobre o TOC: causas biológicas; causas psicológicas; os medos e a aprendizagem: as diferentes formas de eliminar ou neutralizar os medos no TOC; a relação entre obsessões e compulsões, os fundamentos da teoria comportamental, e o modelo comportamental do TOC
- Elaboração das listas individuais de sintomas (em duplas) e avaliação do grau de ansiedade subjetiva (SUDS - *Subjective Unities of Distress*) associado a cada sintoma.
- Tarefas para casa: elaboração final da lista de sintomas (*checklist*) e das evitações, pontuação pela escala SUDS e hierarquização de acordo com o grau de dificuldade.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

### **Revisão da sessão anterior**

O terapeuta dá início à sessão revisando individualmente os deveres de casa e esclarecendo eventuais dúvidas sobre as informações contidas no folheto e sobre a elaboração da lista. Perante o grupo, o terapeuta faz uma revisão das listas individuais de sintomas elaboradas em casa, tendo como objetivo que o paciente consiga identificar e discriminar seus sintomas: o que são e quais são suas obsessões, rituais ou compulsões e evitações. A seguir, é feita uma breve explanação sobre as causas do TOC e o modelo comportamental, base da terapia de exposição e prevenção da resposta.

### **Sumário da explanação**

#### *As prováveis causas do TOC*

Infelizmente, as causas do TOC ainda não são bem esclarecidas. As especulações são muito variadas, e vão desde místicas ou religiosas, passando por fixações na fase anal do desenvolvimento psicossocial, segundo a teoria psicanalítica, até hipóteses mais recentes, que sugerem disfunções da química cerebral relacionadas com a serotonina, uma substância produzida pelo próprio cérebro e que envolve os circuitos cerebrais que conectam as áreas frontais a zonas mais profundas (os chamados gânglios da base). Além da neuroquímica, infecções e traumatismos cerebrais, fatores de ordem psicológica, e até mesmo ambientais, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas, o que leva a supor que possam existir distintos subgrupos de TOC, tanto na forma como se manifestam os sintomas como na resposta aos tratamentos.

#### *Os fatores de ordem biológica*

A hipótese de que o TOC se deve a fatores de ordem biológica tem várias evidências a seu favor:

- Diminuição dos sintomas com o uso de medicamentos que elevam os níveis de serotonina no cérebro, ativando a chamada função serotoninérgica cerebral e os circuitos relacionados do cérebro.
- Aumento do fluxo sanguíneo cerebral em certas regiões do cérebro de portadores do TOC: regiões órbito-frontais e nos núcleos da base. Esta alteração é observável em um exame chamado SPECT.
- Aumento no metabolismo da glicose em certas regiões do cérebro (córtex frontal, giro cíngulo e núcleo caudado) em pacientes com TOC. Esta alteração é observável na tomografia por emissão de pósitrons (PET). Pacientes que responderam ao tratamento com terapia comportamental e medicamentos antiobsessivos tiveram uma redução do metabolismo da glicose nestas mesmas regiões.
- Sintomas obsessivo-compulsivos podem surgir após doenças ou problemas cerebrais, como encefalite, traumatismo craniano, Coreia de Sydenham. O TOC é frequentemente associado com uma doença neurológica chamada de transtorno de Gilles de la Tourette (ST), caracterizada por tiques motores e vocais.
- É possível alcançar a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos através de neurocirurgia em pacientes refratários às demais terapias (cingulotomia ou leucotomia).
- Elevada incidência (em torno de 60%) de sintomas obsessivo-compulsivos, geralmente transitórios, durante infecções por estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou durante episódios de febre reumática em crianças e adolescentes. Esta alteração provavelmente está relacionada a mecanismos de autoimunidade.
- Maior incidência (cinco vezes mais) do transtorno em familiares de portadores do TOC, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques, quando comparados à população em geral. Em gêmeos, aparentemente, a incidência é 20 a 40 vezes maior do que na população em geral.

#### *Fatores psicológicos: aprendizagens e crenças errôneas*

Tem sido amplamente comprovado e, atualmente, é em geral aceita a hipótese de que os rituais ou compulsões estão relacionados com as obsessões: são estratégias utilizadas (aprendidas) pelos pacientes para neutralizar a aflição e o desconforto que acompanha as obsessões. Os comportamentos evitativos, tão comuns no TOC, teriam esta mesma função: são estratégias aprendidas em certo momento da vida para lidar com os medos e geralmente desadaptativas por serem excessivas e limitarem a vida dos portadores. De fato, terapias comportamentais que levam ao enfrentamento de tais medos mediante a exposição e prevenção de rituais podem levar ao completo desaparecimento dos sintomas, mesmo quando provocados por problemas neurológicos.

Existem também evidências de que no TOC são comuns pensamentos e crenças distorcidas como exagerar o risco de contrair doenças, de se contaminar, exagerar a responsabilidade que o indivíduo tem de provocar ou impedir que eventos ruins aconteçam (“Se meu carro for roubado e eu não tiver verificado se a porta estava bem fechada, a responsabilidade será toda minha”), com perfeccionismo (não posso falhar) ou a valorização extrema dos pensamentos e do controle (“Se eu tenho um pensamento ruim, posso praticá-lo!” ou “Pensar em algo ruim pode fazê-lo acontecer”), com a necessidade de ter certezas para não cometer falhas (“Se eu falhar, não irão

me perdoar!”). Acredita-se que tais crenças contribuam para o surgimento e a manutenção do TOC. E trabalhos mais recentes têm demonstrado que a terapia cognitiva, ou seja, a correção de tais crenças e de pensamentos distorcidos, é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos.

**No tratamento do TOC, os medicamentos regularizariam possíveis disfunções da neuroquímica cerebral envolvendo a serotonina, e a TCC corrigiria as aprendizagens errôneas, os pensamentos e as crenças disfuncionais.**

#### *A terapia comportamental*

A TCC em grupo se baseia na teoria comportamental e cognitiva do TOC. Na sessão de hoje, tomaremos contato com a teoria comportamental do TOC, que serve de base para algumas das técnicas utilizadas no tratamento dos seus sintomas, desenvolvidas especialmente na Inglaterra durante a década de 70 e divulgadas mais intensamente na década de 80 (Marks et al., 1975). Essas técnicas, junto com os medicamentos, são consideradas os tratamentos de primeira escolha para o TOC na atualidade. De forma resumida esta teoria considera que os medos são aprendidos ao longo da vida. Para desaprendê-los, o indivíduo é solicitado a se expor de forma gradual (exposição) às situações que os provocam, e a abster-se de executar os rituais quando sentir necessidade (prevenção da resposta). Além disso, existem recursos (técnicas cognitivas) para corrigir pensamentos e crenças distorcidas – eles serão aprendidos nas próximas sessões.

#### *A teoria comportamental*

A teoria comportamental se preocupa em explicar por que as pessoas, ao longo da vida, adquirem medos diante de objetos ou situações que normalmente não representam qualquer perigo e adotam formas erradas de lidar com eles. O TOC, de acordo com esta teoria, é uma doença caracterizada por medos excessivos adquiridos (aprendidos) em certos momentos da vida. Esses medos adquiridos são considerados aprendizagens erradas e que podem ser desaprendidos (Mowrer, 1939).

#### *Como as obsessões e compulsões são aprendidas.*

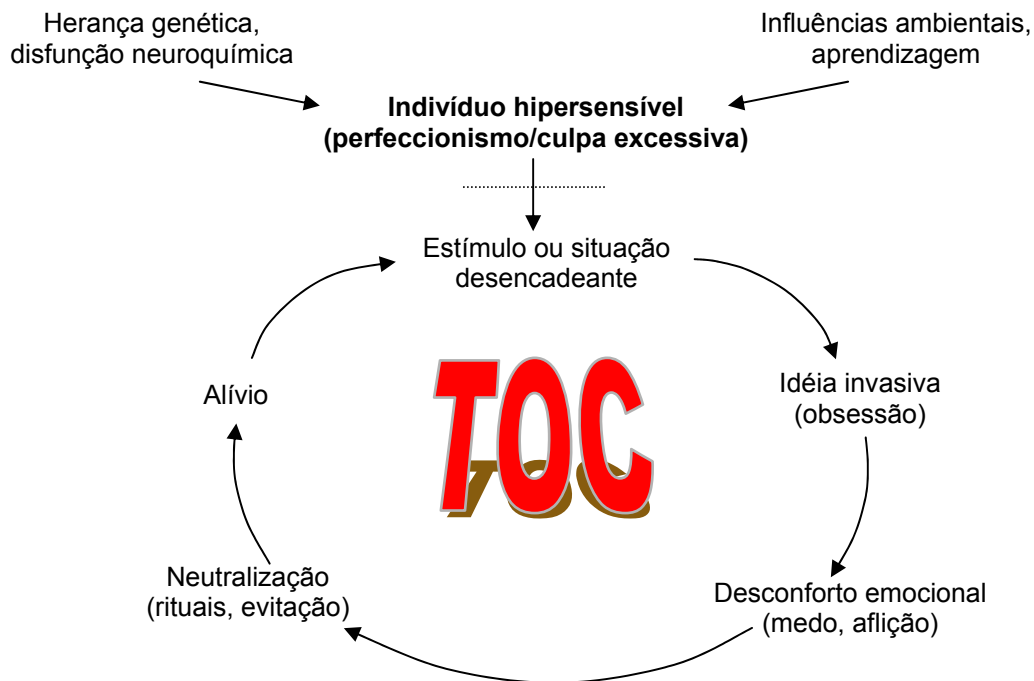
Segundo a teoria da aprendizagem, obsessões são pensamentos, idéias, imagens ou palavras aos quais, por algum motivo, medos ficaram associados (condicionamento). Para se livrar desses medos (ou neutralizá-los), o indivíduo realiza rituais ou evita entrar em contato com os objetos ou situações que os provocam (por exemplo, tocar em objetos considerados sujos, tocar em dinheiro e não lavar as mãos depois, etc.).

#### **Resumo da teoria e alguns termos importantes**

- **Condicionamento:** Por alguma razão desconhecida, em indivíduos predispostos, em determinado momento, objetos ou situações que normalmente não provocam nenhum medo (neutros), como banheiros, corrimãos, facas, números, cores ou até mesmo pensamentos, passam a representar uma provocação (ficam associados a medos).
- **Generalização:** Os medos são estendidos a outras situações ou objetos próximos ou semelhantes, que até então eram neutros, pois não provocavam nenhuma reação.

- **Reforço:** O indivíduo descobre (aprende) que rituais, compulsões e evitações aliviam os medos, mesmo que apenas temporariamente, e passa, então, a repeti-los.
- **Manutenção dos sintomas:** Devido às repetições, o paciente perde a oportunidade de comprovar se seus temores são verdadeiros ou não; ele prefere continuar repetindo os rituais, perpetuando, desta forma o TOC.
- **Reforço das crenças erradas:** O alívio obtido com a realização dos rituais reforça a idéia (crença errônea) de que os medos podem ser verdadeiros e de que se deve, portanto, continuar repetindo-os (Mowrer, 1939; Salkovskis et al., 1998; Salkovskis, 1999).

**A terapia comportamental do TOC parte do princípio de que medos que foram aprendidos podem ser desaprendidos através da exposição e prevenção da resposta/rituais.**

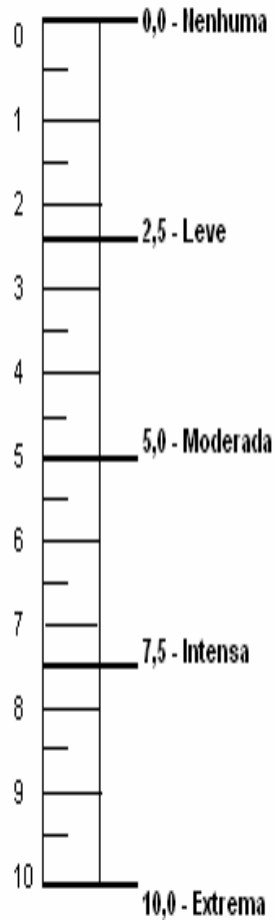


**Figura 1.** Como o TOC é mantido, de acordo com o modelo comportamental

### Exercícios práticos

- Avaliação do grau de ansiedade subjetiva (escala SUDS) associada aos sintomas.
- Elaboração das listas individuais de sintomas (em duplas).

**Figura 2 – Escala SUDS**



A escala SUDS é contínua e vai de 0 a 10 pontos. Os pontos são notas que o próprio paciente atribui aos seus sintomas ou aos sentimentos que tem naquelas situações em que sua mente é invadida por uma obsessão ou quando é obrigado a executar um ritual. A escala tem alguns pontos de referência, embora qualquer nota, de 0 a 10, possa ser atribuída. O terapeuta explica a escala ao grupo e pede que os participantes dêem exemplos de sintomas, atribuindo notas.

Para a atribuição das notas, os seguintes critérios devem ser seguidos:

- **grau 0:** ausência de qualquer ansiedade ou desconforto;
- **grau 2,5:** ansiedade leve; intermediária entre 0 e 5;
- **grau 5:** ansiedade moderada;

- **grau 7,5:** ansiedade intensa; intermediária entre 5 e 10;
- **grau 10:** ansiedade extrema.

**Exercício em grupo: revisão das listas individuais de sintomas e quantificação da ansiedade**

- 1) Leia a sua lista de sintomas para seu colega e veja se vocês concordam quanto à identificação de sintomas. Se, ao ouvir os sintomas do colega, você identificou algum que não havia lhe ocorrido durante a elaboração da sua lista, acrescente agora.
- 2) Revise a sua lista de sintomas e selecione a situação em que você sente mais aflição e a situação que provoca menos aflição. Com base na escala, atribua uma nota para o grau de ansiedade ou aflição que você imagina que sentiria nessas situações e escreva a nota na coluna *Grau de aflição* (pág. 9).

**Tarefas para casa**

- 1) Procure, na sua lista, situações nas quais você se sente compelido a realizar um ritual (por exemplo: lavar as mãos, verificar, repetir, alinhar, contar) e atribua uma nota para o grau de aflição que você sente antes de executar o ritual e depois de tê-lo executado. Depois, preencha o exercício abaixo:

**Situação 1:** \_\_\_\_\_

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

**Grau de aflição: antes do ritual:** \_\_\_\_\_; **depois do ritual:** \_\_\_\_\_

**Situação 2:** \_\_\_\_\_

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

**Grau de aflição: antes do ritual:** \_\_\_\_\_; **depois do ritual:** \_\_\_\_\_

- 2) Complete a *Lista de Sintomas* e atribua notas para o grau de aflição associado a cada um deles na coluna *Grau de aflição*.
- 3) Ponha um número ao lado esquerdo de cada sintoma, classificando-os em ordem crescente, do mais leve para o mais grave, tendo em vista o grau de aflição que cada um provoca.

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar a sessão, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## SESSÃO 3 – A terapia de exposição e prevenção da resposta e rituais

---

### Agenda

- Revisão do exercício de registro de situações ativadoras de rituais e da lista hierarquizada de sintomas e evitações.
- Explicação sobre os fundamentos da terapia comportamental: **exposição e prevenção da resposta / rituais** e o fenômeno da **habituação**.
- Exercícios práticos: demonstrações e exercícios práticos de exposição e prevenção de resposta.
- Tarefas de casa: escolha individual dos objetivos da semana, de acordo com a lista hierárquica.
- Avaliação da sessão.

### Revisão das tarefas de casa

Como de costume, o terapeuta inicia a sessão expondo a agenda e, em seguida, revisa as tarefas de casa. Para isso, solicita que cada participante leia sua lista dos sintomas perante o grupo, incluindo as informações sobre tempo que os sintomas ocupam no dia-a-dia, número de vezes que os sintomas são executados e o grau de aflição associada a eles. A ocasião é propícia para o esclarecimento de dúvidas, tendo em vista seu objetivo inicial: fazer com que os pacientes sejam capazes de identificar e distinguir os sintomas do TOC e troquem experiências, descobrindo que outras pessoas têm problemas semelhantes aos seus (universalidade do problema) e que, portanto, eles não estão sozinhos.

### Fundamentos da terapia comportamental

A terapia comportamental tem por objetivo levar o indivíduo a perder os medos adquiridos ao longo da vida que comprometem seu desempenho e suas relações interpessoais, além de acarretar grande sofrimento. Para isso, busca substituir formas erradas de lidar com esses medos – as quais, na verdade, ajudam a mantê-los – e ensinar novas formas, que podem eliminá-los completamente.

A terapia comportamental, também chamada de terapia de exposição e prevenção da resposta, leva o indivíduo a descobrir (aprender) que sua ansiedade, aflição ou medos, embora desagradáveis, desaparecem espontaneamente caso ele se **exponha** (enfrentando, tocando, deixando de evitar) por um tempo suficiente e de forma repetida aos objetos ou situações que evita (**exposição**) e se **abstenha de realizar** os rituais (**prevenção da resposta**) que produzem alívio ao seu desconforto. E mais: com a repetição dos exercícios, a aflição sentida é cada vez menor, podendo desaparecer por completo. Este fenômeno é chamado de **habituação**. Vejamos esses conceitos importantes de forma mais detalhada.

<p><b>A terapia comportamental utiliza a exposição e a prevenção da resposta e rituais para provocar o fenômeno da habituação, que consiste na diminuição gradual e espontânea dos sintomas quando se permanece em contato com situações ou objetos que provocam medo de forma repetida.</b></p>
--

## Habituação

A terapia comportamental se baseia no fenômeno da habituação, ou seja, a ansiedade e, conseqüentemente, os sintomas físicos e psicológicos que o indivíduo sente (taquicardia, suor nas mãos, falta de ar, medo de perder o controle, apreensão) desaparecem espontaneamente (num período entre 15 minutos e 3 horas) sempre que o indivíduo se expõe de forma prolongada ou repetida a situações ou objetos que provocam medos (Hogdson & Rachman, 1972; Roper et al., 1973; Rachman et al., 1976). Além disso, o desaparecimento é mais rápido caso a exposição seja repetida. A cada exposição, a intensidade e a duração dos sintomas são menores. E, por mais intensa que seja a aflição, ela desaparece com o passar do tempo. Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade, mas a experiência tem demonstrado que ela não apresenta nenhum risco de enfarte, descontrole emocional, loucura ou de se tornar eterna, especialmente se os enfrentamentos forem graduais. O desaparecimento dos sintomas físicos e da ansiedade ocorre durante o exercício (habituação durante a sessão) e no intervalo entre as exposições (habituação entre as sessões).

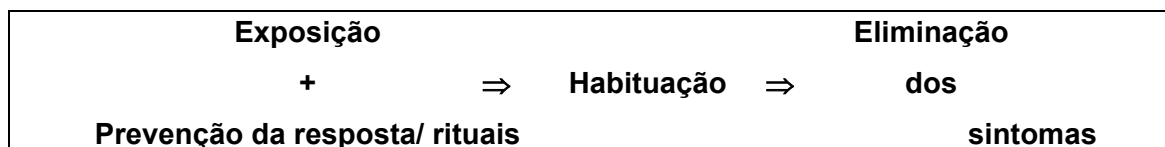
## Exposição

A exposição é o principal recurso de que se dispõe para perder medos. Consiste em pôr o indivíduo em contato direto ou no nível da imaginação com objetos ou situações dos quais ele tem medo e que, por este motivo, são evitados. A exposição pode ser feita até mesmo a pensamentos considerados “ruins” e que são mantidos afastados da mente em virtude da aflição que provocam. Esta modalidade pode ser realizada evocando-se intencionalmente os pensamentos que normalmente se procura afastar da mente. Seu efeito principal, como já vimos, é a **habituação**. Períodos longos de exposição são mais efetivos do que exposições breves e interrompidas. Exposições diárias são preferíveis nos casos mais graves. O ideal é que os exercícios durem entre uma e duas horas diárias (no mínimo, 45 minutos), e eles não devem ser interrompidos enquanto os níveis de ansiedade estiverem elevados (em torno de 30 minutos) (Baer, 2000; Steketee, 1999).

A exposição pode ser feita *in vivo*, quando há um contato físico direto com objetos, móveis, roupas, partes do corpo, locais evitados, etc., ou no nível da imaginação, evocando pensamentos ruins, frases, palavras, números, imagens ou cenas horríveis, normalmente mantidas afastadas da mente. A exposição pode ser auxiliada pela modelação, que é a realização da exposição pelo terapeuta ou por outro paciente do grupo, sendo que o paciente apenas observa (passiva) ou participa (ativa).

## Prevenção da resposta / rituais

A prevenção da resposta consiste no ato de se abster de realizar rituais, compulsões, compulsões mentais ou quaisquer manobras destinadas a neutralizar a ansiedade e o medo que acompanham as obsessões ou seriam sentidos caso as referidas manobras não fossem realizadas. Exemplos: abster-se de lavar as mãos ou o corpo após tocar em objetos “contaminados”, realizar verificações desnecessárias ou repetidas, realizar contagens, afastar pensamentos “horríveis” da cabeça, repetir ações, palavras, frases, alinhar objetos como roupas, toalhas, colchas, cadarços de sapato, etc.



### **Exercícios para obsessões puras e pensamentos ruins**

Algumas estratégias aparentemente efetivas têm sido sugeridas para pacientes que apresentam predominantemente obsessões puras, ou seja, não acompanhadas de rituais:

- Exposição em imaginação: lembrar pensamentos ou imagens consideradas horríveis várias vezes ao dia e durante o tempo necessário para que a aflição desapareça (por exemplo: durante 15 minutos, três a quatro vezes ao dia).
- Repetir mentalmente várias vezes ou escrever palavras ou frases que provocam medo (encher uma folha de papel).
- Fazer um pequeno texto (mais ou menos uma página) descrevendo uma cena horrível e ler o texto repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia).
- Gravar o texto horrível numa fita e ouvi-lo repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia).

Cabe ao terapeuta indicar ou prescrever esses exercícios, de acordo com os sintomas específicos de cada paciente. As leituras ou gravações devem durar o tempo necessário para que ocorra a habituação.

### **Recomendações que auxiliam a eliminar pensamentos ruins**

- Não procure afastar ou lutar contra os pensamentos indesejáveis.
- Procure não ficar se esforçando para perceber quando um pensamento ruim está invadindo sua cabeça. Quanto mais você se preocupar com eles, mais intensos eles se tornarão (efeito do urso branco) (Lavy et al., 1990; Rachman, 1998).
- Não dê importância aos pensamentos ruins.
- Quando um pensamento ruim invadir sua cabeça, simplesmente não dê nenhuma importância a ele e não faça nada para afastá-lo: quanto maior a preocupação, mais eles irão aparecer (efeito do urso branco).
- Não procure neutralizar um pensamento ruim com um pensamento bom (por exemplo, repetindo a frase “Sou uma pessoa boa” depois de ter tido o pensamento horrível de envenenar o filho) ou repetindo uma palavra, um número, contando ou rezando.
- Procure lembrar propositalmente tais pensamentos e mantenha-os na mente o máximo de tempo que puder, até não sentir mais nenhuma aflição.

### **O “pare de pensar!” ou “pare com isso!” ou “pare!”**

Esta é uma estratégia indicada para reduzir ruminações obsessivas (dúvidas), rituais mentais (repetir, contar, rezar, substituir pensamentos, tentar afastar ou substituir pensamentos ruins, ruminações de dúvidas) ou mesmo para ser usada no momento em que o paciente se surpreende executando rituais que já se tornaram hábitos e não são mais precedidos por cognições ou por um desconforto perceptível.

- O paciente deve, primeiramente, aprender a identificar quando sua mente é invadida por uma dúvida que não consegue esquecer ou sobre a qual não consegue parar de pensar, dedicando-se a repetir para si mesmo (ruminar) argumentos a favor ou contra aquela dúvida, possíveis opiniões das outras pessoas, conseqüências imaginadas, etc., a fim de chegar a um estado de absoluta certeza, o que muitas vezes é impossível.

- Por outro lado, o paciente deve identificar as manobras de pensamento que realiza para se livrar de um pensamento ruim, de uma aflição (ritual mental), ou mesmo quando inicia um ritual manifesto de forma quase automática (verificação, lavação, repetição), eventualmente não precedido de aflição ou de qualquer tipo de pensamento (cognição), como tocar, estalar os dedos, etc.
- Ao perceber tais fatos ou atividades, o paciente deve repetir em voz alta: “Pare!” ou “Pare com isso!”, procurando interromper a ruminação, compulsão ou manobra de neutralização.
- Juntamente com a frase, pode-se dar uma batida forte na mesa, bater palmas, dar um piparote com um atilho de borracha no pulso ou buscar outra forma de estímulo desagradável a fim de se distrair e cortar o fluxo do pensamento.
- Por fim, o paciente deve procurar envolver sua mente com outra idéia, com um estímulo mais atraente (ler, ouvir música) ou envolver-se numa tarefa prática.

### **Exercício prático de exposição e prevenção da resposta/ rituais**

Uma vez encerrada a explanação, o terapeuta fará demonstrações e exercícios práticos de exposição e prevenção de resposta/ rituais (modelação), demonstrando o fenômeno da habituação. Para tanto, o terapeuta deverá ter uma caixa com vários objetos “sujos” ou “contaminados” preparada com antecedência. A caixa pode conter um sabonete usado, uma esponja usada, embalagens de venenos, mata-mosquitos, brinquedos de criança usados, preservativos fora da embalagem, seringas usada (sem a agulha), cédulas de dinheiro, etc. A caixa será passada entre os participantes, e cada um deverá apanhar um objeto que lhe provoque nojo ou aflição e ficar segurando-o durante alguns minutos. Depois que todos tiverem apanhado algum objeto, o terapeuta solicitará que cada paciente quantifique o grau de aflição que está sentindo no momento. Depois de alguns minutos, solicitará novamente que quantifiquem o grau de aflição e comparem o novo grau com o grau anterior. Em geral, há uma rápida diminuição. Depois, os objetos são trocados entre os participantes.

A seguir, o terapeuta faz uma demonstração de exposição tocando com as mãos na sola dos sapatos e espalhando a contaminação pela roupa e pelo corpo, solicitando que os participantes façam o mesmo e lembrando-os de que o fato de não disporem de água para lavar as mãos significa que estarão fazendo também uma prevenção da resposta. Dependendo das circunstâncias e dos sintomas, o terapeuta pode solicitar que os pacientes toquem no trinco da porta, pisem no chão (assoalho ou carpete) com os pés descalços ou apenas com meias, toquem a tampa do vaso do banheiro, etc., sempre sem efetuar lavagens posteriores.

### **Lembretes importantes**

O terapeuta solicitará a um dos participantes que leia os seguintes lembretes importantes da TCC.

- O sucesso da terapia depende essencialmente da realização dos exercícios de exposição e prevenção de resposta. Considera-se como **tempo de exercício** o tempo durante o qual o paciente permanece em contato com objetos ou situações evitadas, ou o período em que ele resiste à execução de um ritual e durante o qual sente algum grau de aflição.
- É importante dedicar entre uma e duas horas diárias à realização dos exercícios (um mínimo de 20 horas durante toda a terapia).
- Repita o maior número de vezes que puder um determinado exercício (**exposição**) e fique o maior tempo possível sem executar o ritual ao qual está

habituação (**prevenção da resposta/rituais**). Em geral, depois de 15 minutos a 3 horas de exposição ou abstenção de um ritual, tanto os sintomas físicos como a aflição, desaparecem espontaneamente (**habituação**), e a pessoa não sente mais a necessidade de executar o ritual.

- Lembre-se de que muitos rituais, com o passar do tempo, incorporaram-se de tal forma à rotina que acabam se tornando verdadeiros hábitos, que o paciente executa praticamente sem se dar conta. Por isso, é importante identificar as “situações-gatilho” que desencadeiam a necessidade de realizar os rituais (por exemplo, ao ir deitar, ao sair de casa ou ao usar o banheiro) e, com antecedência, ficar vigilante, programando a **exposição** e a não-realização de manobras de neutralização (**prevenção da resposta/ rituais**).
- Por mais impossível que pareça, e por maior que seja a aflição, ela é suportável, não enlouquece e não provoca doenças cardíacas. Suportar a aflição representa uma vitória sobre o TOC e um aumento da confiança em si mesmo.

### Tarefas para casa

- 1) Complete a *Lista dos Sintomas*, incluindo todos os que você conseguir lembrar (pedir ajuda aos familiares).
- 2) Realize os seguintes exercícios de exposição e prevenção da resposta:
  - a) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_
  - c) \_\_\_\_\_
  - d) \_\_\_\_\_
- 3) Releia os tópicos *Fundamentos da terapia comportamental* (pág. 33) e *Lembretes importantes* (pág. 36 e 37) e anote as dúvidas.

### Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou de mais relevante, mais útil ou importante para si.

#### Quatro regras de ouro

Enfrente as coisas de que você tem medo tão frequentemente quanto possível.

Se você perceber que está evitando algum objeto ou situação, enfrente-o.

Se você sentir que necessita fazer algum ritual para se sentir melhor, esforce-se para não realizá-lo.

Repita os passos 1, 2 e 3 o maior número de vezes e pelo maior tempo possível.

**Lembretes**

Minha aflição não durará para sempre. Vai chegar um momento em que ela passará!

Basta não fazer nada, e a aflição e a ansiedade desaparecerão por si!

Se eu ficar prestando atenção no que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!

Quanto mais eu me preocupar com um pensamento, mais tempo ele permanecerá na minha mente!

## **SESSÃO 4 – Pensamentos e crenças distorcidas no TOC**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação: a terapia cognitiva no TOC; modelo cognitivo, pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC.
- Exercício prático: identificação e registro de pensamentos automáticos e crenças típicas do TOC.
- Tarefas de casa: continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta/rituais; treino na identificação e registro de pensamentos automáticos, crenças distorcidas e ansiedade associada.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

A revisão das tarefas de casa é muito importante nesta sessão, pois esta é a primeira vez que os pacientes comparecem ao grupo depois de terem tido como tarefa de casa exercícios de exposição e prevenção da resposta, que são associados a um alto grau de receio devido ao aumento de aflição previsto. O terapeuta solicita que cada paciente relate sua experiência, o grau de dificuldade encontrado, bem como o número de vezes que conseguiu realizar os exercícios programados. Ao mesmo tempo, ele elogia o êxito e o empenho de cada participante e solicita aos demais que comentem ou dêem sugestões, especialmente quando alguém não conseguiu realizar as tarefas ou não acredita que possa vir a consegui-lo.

Ao final do relato de cada participante, em função da dificuldade encontrada, dos rituais e obsessões eventualmente já dominados ou não, o terapeuta vai propondo os exercícios da semana seguinte. A seguir, faz uma rápida introdução sobre o modelo cognitivo e a importância das crenças na manutenção dos sintomas e propõe um aumento de dificuldade na realização das tarefas práticas. Segue um resumo da explicação.

### **A terapia cognitiva no TOC: o modelo cognitivo, pensamentos automáticos e crenças distorcidas**

“As pessoas se perturbam mais com o que pensam sobre as coisas do que com as coisas em si” (Epitectus, 70 a.C.).

“Um dos efeitos do medo é perturbar os sentidos e fazer com que as coisas não pareçam o que são” (Cervantes, no livro *Dom Quixote*).

Os portadores do TOC têm uma série de convicções ou crenças distorcidas, que interferem na forma de eles perceberem, avaliarem e interpretarem a realidade. Por exemplo, o fato de a mente ser invadida por um pensamento ruim ou agressivo é interpretado como uma prova de que existe um risco de a pessoa cometer o que passou pela cabeça, e que, portanto, ela deve tomar todas as precauções para que o fato não ocorra. Exemplos: “Se me vem o pensamento de esfaquear meu marido, de quem eu gosto muito, devo esconder todas as facas que tenho em casa e, em hipótese alguma, estar com uma faca na mão quando ele estiver na minha presença”, ou “Posso ser um molestatador de crianças porque eventualmente me vêm esses pensamentos na cabeça”, ou ainda “Se eu não lavar as mãos toda vez que chego da rua, posso trazer doenças para dentro de casa”. Assim como esses exemplos, outras

crenças ou convicções, às vezes muito rígidas quanto ao conteúdo e à necessidade de neutralizar os medos, aumentam a intensidade e a frequência das obsessões, bem como a necessidade de realizar rituais, evitar objetos ou situações, afastar pensamentos indesejáveis. Tais crenças ou convicções, quando muito intensas ou rígidas, dificultam a realização das tarefas de exposição e prevenção da resposta. Este é um dos problemas da terapia comportamental do TOC.

Pesquisas e reuniões entre especialistas têm chegado a um relativo consenso sobre as crenças distorcidas mais comuns nos portadores do TOC (exagerar o risco, a responsabilidade, o poder dos pensamentos, a necessidade de ter certeza, etc.). Acredita-se que a interpretação errônea ou catastrófica atribuída a certos pensamentos invasivos ou obsessões em função das crenças típicas de cada indivíduo é um fator importante para a realização de manobras para afastá-los ou neutralizá-los (rituais). E o fato de os rituais efetivamente produzirem um alívio imediato, mesmo às custas da perpetuação do transtorno, faz com que o indivíduo acredite que suas crenças sejam corretas e que deve continuar realizando os rituais. Também, como já vimos na sessão anterior, quanto mais importância se dá a um pensamento ruim ou a uma determinada preocupação (contaminação, falha, responsabilidade) ou quanto mais se tenta afastá-los, mais eles invadem a mente. Partindo da constatação da importância das crenças no TOC, vários autores desenvolveram exercícios que permitem corrigir essas crenças e substituí-las pelo raciocínio lógico, baseado em provas ou evidências, e não em medos ou simplesmente convicções que não têm nenhuma ou quase nenhuma base.

O objetivo da terapia cognitiva é identificar tais pensamentos e crenças e, através de seu questionamento lógico, fazer com que o paciente as coloque em dúvida e, quem sabe, modifique convicções muitas vezes arraigadas e muito antigas. Acredita-se que identificar e modificar as crenças possa auxiliar na adesão às tarefas de exposição e prevenção da resposta e na redução dos sintomas da doença. Alguns dos recursos de que se dispõe para pôr em dúvida e modificar as crenças serão apresentados no presente manual. Inicialmente, é importante familiarizar-se com certos conceitos da TCC: crenças errôneas ou disfuncionais e pensamentos automáticos.

### **Crenças disfuncionais**

As crenças disfuncionais são convicções permanentes, muitas vezes rígidas e absolutas, que o indivíduo tem sobre si mesmo, distorcidas ou negativas sobre o mundo à sua volta ou seu futuro. Tais convicções foram estruturadas a partir de experiências de vida, educação, cultura ou família e funcionam como orientadoras da percepção, da evocação de lembranças, do estabelecimento de regras de conduta e da interpretação da realidade. Têm um grande impacto na auto-estima e moldam a auto-imagem (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

- As crenças disfuncionais se expressam sob a forma de afirmações nem sempre conscientes e aparentemente lógicas: “Nada dá certo comigo”, “Se eu me sair mal nesta prova é porque sou incompetente”, “Sou incapaz de vencer meus medos”, “Tenho que tirar sempre 10, e não 9”, etc.
- Elas podem constituir-se em verdadeiros sistemas estruturados (crenças centrais ou esquemas cognitivos): “Sou menos inteligente que os outros”, “A sujeira sempre é perigosa”, “Lavar as mãos várias vezes impede que eu contraia certas doenças”; ou em conjuntos de regras ou suposições (crenças intermediárias): “Eu deveria...”, “ Se..., então...”. Exemplos: “Se eu não verificar o gás, minha casa poderá incendiar”, “Se alguma coisa der errado na vida de meu filho, a falha terá sido minha”, “Nada pode dar errado, senão não serei

bem avaliado pelos outros”, “Sou insubstituível”, “Tenho que ser sempre o melhor”, etc.

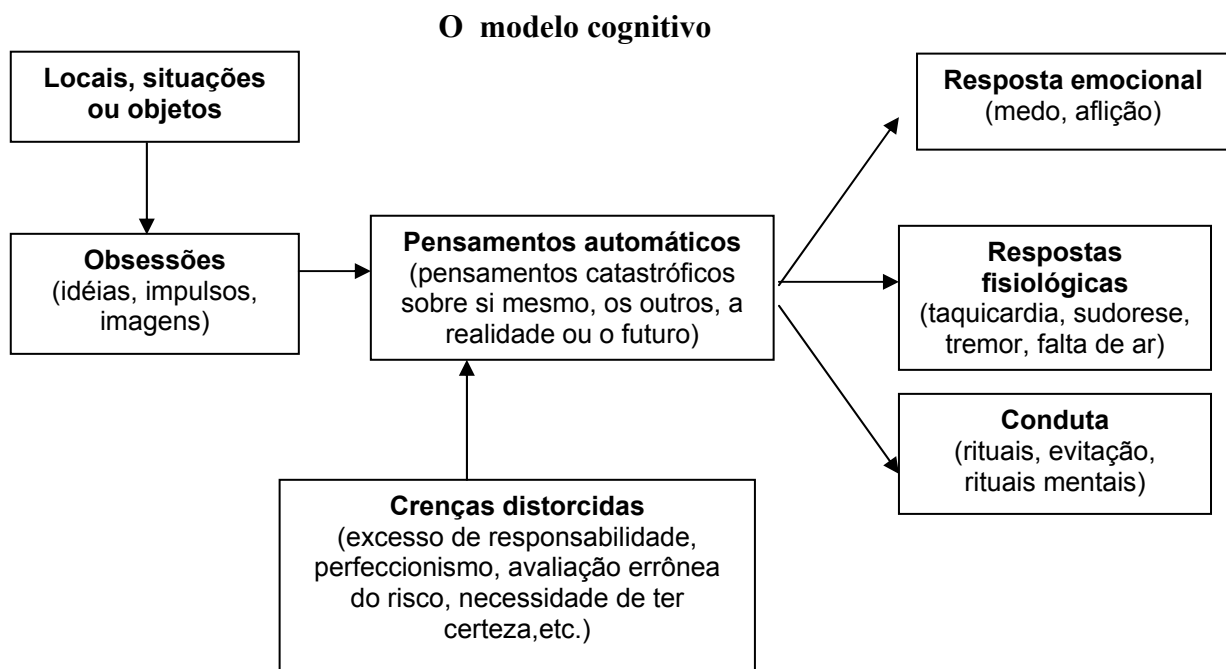
- As crenças são, em geral, tomadas como verdadeiras, particularmente quando estão associadas a emoções de certa intensidade. Raramente são questionadas quanto à sua veracidade.
- Em portadores de TOC, a capacidade de fazer raciocínios lógicos, estabelecendo conclusões a partir de premissas estabelecidas, fica comprometida, sendo substituída por várias formas errôneas de pensar, raciocinar, estabelecer conclusões (por exemplo, o pensamento mágico, exagero do risco, etc.): “Um acidente vai ocorrer porque eu não contei até 3”.
- Pôr em dúvida crenças disfuncionais, por mais arraigadas que sejam, é o primeiro passo para modificá-las, substituindo-as por convicções ou crenças baseadas em evidências (provas) e raciocínio lógico. Esta é uma das tarefas da TCC.

### **Pensamentos automáticos ou pensamentos intrusivos**

- São pensamentos rápidos e involuntários que passam pela cabeça do portador de TOC, particularmente nos momentos em que emoções (medo, raiva, tristeza) são ativadas por qualquer motivo.
- Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento.
- Surgem espontaneamente, não resultam de reflexão ou vontade.
- Em geral, estão associados a emoções ou imagens;
- São, em geral, fugazes: interrompem o pensamento e desaparecem sem que a pessoa perceba, assim como a emoção que os acompanha.
- Assumem a forma verbal de uma frase abreviada (telegráfica), que o indivíduo diz para si mesmo.
- Parecem plausíveis ou razoáveis e, em geral, são consistentes com o sistema de crenças do indivíduo.
- Geralmente são aceitos como verdadeiros, sem questionamento ou avaliação.
- O paciente percebe mais facilmente a emoção associada do que o pensamento que a produz.
- Nos transtornos mentais como o TOC em geral são distorcidos, revelando uma avaliação negativa ou catastrófica de situações, emoções, sensações fisiológicas, apesar de evidências objetivas em contrário.
- Geralmente não têm nenhuma utilidade; podem, entretanto, estimular a criatividade ou dar origem à aflição.
- São previsíveis em função das crenças dominantes.
- Pode-se aprender a avaliá-los quanto à sua validade e utilidade.
- Responder racionalmente, e não emocionalmente, aos pensamentos automáticos produz mudanças positivas no afeto (Beck, 1976; Beck et al., 1985). Exemplos de pensamentos automáticos no TOC: “Vou ter câncer”, “Meu filho pode morrer”, “Posso contrair doenças”, “Vou enlouquecer”, “Isto pode dar azar”, “Fracassei”, “Jamais vou conseguir”, “Vou ter um enfarte”, “Esta aflição jamais vai acabar”, “Não tenho capacidade para suportar esta aflição: ela vai me enlouquecer”,

“Não vou conseguir controlar meus pensamentos e vou dizer coisas horríveis”, “É impossível interromper os pensamentos no meio”, “A responsabilidade/culpa é toda minha”, “É imperdoável falhar”, “Não posso falhar nunca”, “Ninguém vai me perdoar”, etc.

**A terapia cognitiva – ou, como mais modernamente vem sendo chamada, terapia cognitivo-comportamental – parte do princípio de que os pensamentos e crenças das pessoas exercem influências em suas emoções e no seu comportamento, e de que a forma como os pensamentos são avaliados ou interpretados é influenciada por tais sistemas de crenças, contribuindo ou eventualmente sendo a causa principal de determinados transtornos, como a depressão, transtornos de ansiedade, entre os quais se inclui o TOC.**



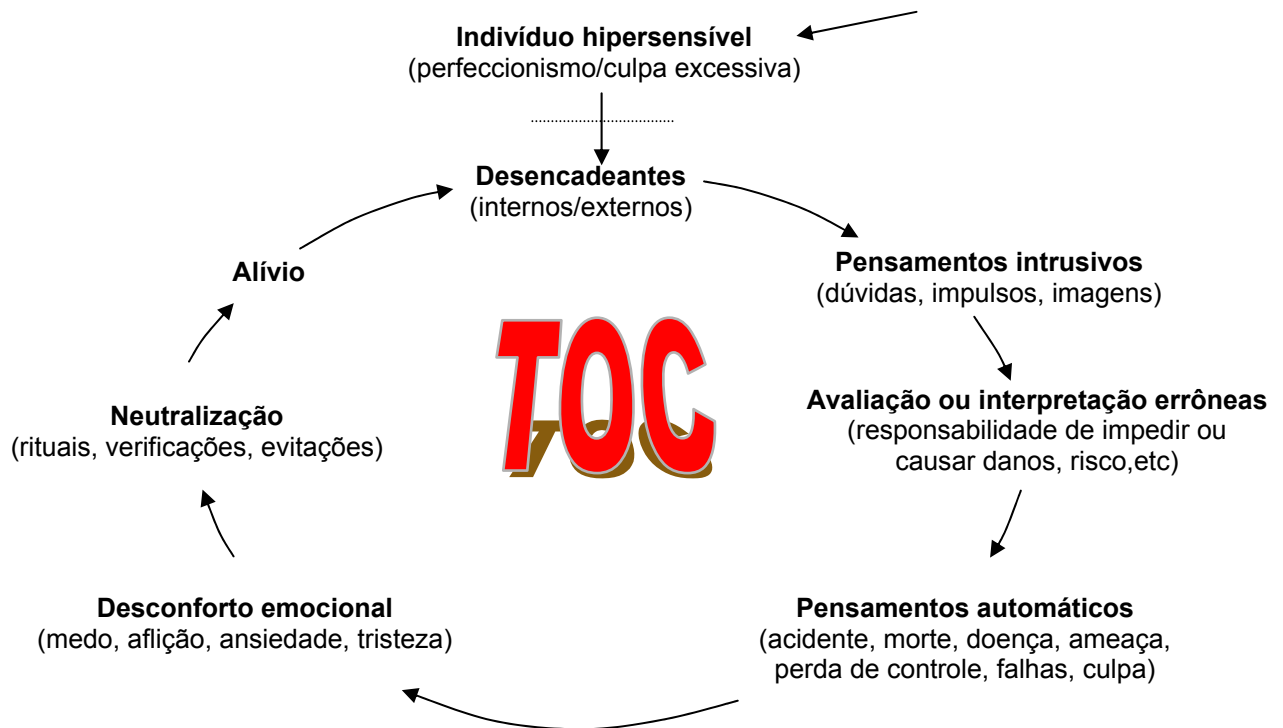
**Figura 3.** O modelo cognitivo. Os pensamentos influenciam as emoções, a conduta, as respostas fisiológicas, e são ativados pelas crenças predominantes.

- Obsessões são pensamentos invasivos que persistem na mente do portador de TOC devido ao significado que a pessoa dá eles, e que aparece sob as forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (por exemplo: “Se eu tenho este pensamento agressivo é porque posso cometê-lo; isso significa que sou uma pessoa má”, “Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”, “Devo ter um desvio no meu caráter para ter esses pensamentos obscenos”, etc.) (Rachman, 1997; Rachman, 1998).
- Os pensamentos automáticos influenciam não só na resposta emocional, mas também as respostas comportamentais e fisiológicas.
- A percepção da situação e a interpretação do significado dos pensamentos invasivos persistentes (obsessões) e dos pensamentos automáticos são influenciadas pelas crenças ou sistemas de crenças do indivíduo.

## **A teoria cognitiva do TOC**

Os autores que se dedicam a estudar as crenças e pensamentos errôneos presentes no TOC têm proposto a seguinte teoria (também chamado de modelo cognitivo) para explicar como essas cognições auxiliam no surgimento e na manutenção dos sintomas:

- Indivíduos sensíveis, em função de crenças adquiridas ao longo da vida, diante de determinadas situações, têm pensamentos que invadem a mente contra a vontade (obsessões) envolvendo a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade em prevenir ou causar dano aos outros.
- A presença destes pensamentos é avaliada ou interpretada de forma negativa ou catastrófica: como indicativa da possibilidade de causar dano a outros ou a si mesmo, ou como sendo responsável por preveni-lo, etc.
- Tal avaliação se expressa sob a forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos.
- Surgem afetos negativos (aflição, medo, culpa, depressão), e o paciente é compelido a fazer algo para se livrar da aflição ou para prevenir o que teme acontecer.
- A ansiedade é neutralizada pela realização de atos compulsivos, evitações, rituais mentais (contagens, rezas) ou ações menos estruturadas: falar consigo mesmo, distrair-se, não pensar, prestar mais atenção, aumentar a vigilância sobre os pensamentos, repetir, perguntar, verificar.
- Tais manobras impedem a exposição prolongada, o desaparecimento natural dos medos (habituação) e perpetuam o TOC (Rachman et al., 1978; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998). Ver esquema na figura 4.



**Figura 4.** Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC (adaptado de Salkovskis (1985, 1989; Rachman;1997 e 1998; Freeston et al.;1997).

### **Crenças distorcidas no TOC**

Especialistas reuniram-se em duas ocasiões e definiram os principais domínios de crenças disfuncionais no TOC (OCCWG, 1997; Cordioli et al, 2001). Dentro de cada um desses domínios, situam-se as crenças, que são aquelas convicções estáveis que orientam a percepção e a conduta do indivíduo e que aparecem sob a forma de afirmativas, regras e suposições. Os domínios estabelecidos pelos especialistas foram os seguintes:

- Responsabilidade excessiva por eventos que estão fora do próprio controle e por possíveis conseqüências para si ou para os outros (rituais de limpeza, verificações). Exemplo: "Se eu não apagar e acender a luz seis vezes, minha mãe pode adoecer, e a responsabilidade será minha".
- Avaliar de forma exagerada o risco, ou seja, superestimar a gravidade das conseqüências e as probabilidades de que eventos negativos aconteçam (rituais de limpeza, lavagem excessiva, evitações). Exemplos: "Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas pode transmitir doenças", "Se eu deixar o rádio-relógio ligado na tomada, a casa pode pegar fogo".
- Avaliar de forma exagerada a importância dos pensamentos (pensar é igual a agir ou cometer; fusão de pensamento e ação), como em obsessões, pensamentos mágicos, rituais mágicos, contagens. Exemplo: "Ter

pensamentos agressivos (ou obscenos) é um sinal de que posso torná-los realidade”.

- Preocupação excessiva com a importância de controlar os próprios pensamentos: necessidade de ter controle total sobre pensamentos (ruminação obsessiva). Exemplo: “Irei para o inferno se eu não conseguir afastar esses pensamentos sobre o demônio”.
- Intolerância à incerteza: necessidade de ter certeza absoluta em relação ao presente e ao futuro, dificuldade de conviver com a dúvida (obsessões de dúvida, repetições, verificações). Exemplo: “Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros e não serei perdoado”.
- Perfeccionismo (simetria, alinhamento, completude, verificações ou necessidade de fazer as coisas de forma perfeita). Exemplos: “Se meu trabalho tem algum defeito, todo ele perde o valor”, “Uma falha sempre representa um fracasso”, “Uma falha sempre é imperdoável, mesmo se involuntária ou não-intencional”.

### Exercícios para casa

- 1) Identificação de crenças subjacentes. Liste pelo menos três obsessões ou rituais que o afligem e identifique a crença distorcida subjacente:

Obsessões e rituais	Crença

- 2) Identificação de pensamentos automáticos e interpretações ou crenças distorcidas, afetos disfuncionais e rituais associados. Siga as instruções a seguir e preencha a tabela.

a) Lembre uma situação específica na qual sua mente foi invadida por obsessões.

b) Identifique os pensamentos automáticos, a emoção sentida (medo, culpa, nojo), as interpretações errôneas e a crença subjacente, fazendo as seguintes perguntas:

- Que pensamentos (obsessões) invadiram minha cabeça naquela ocasião ou situação?
- O que provocou tal pensamento (qual a situação, lembrança, pessoa, etc.)?
- O que passou pela minha cabeça (pensamento automático)? Que conseqüências eu imaginei e o que eu imaginei fazer para evitá-las?
- O que eu fiz (ritual, evitação)?
- Como interpretei tal pensamento (porque ocorre, o que significa, o que poderia acontecer, quais as possíveis conseqüências, qual a minha responsabilidade)?

- O que eu senti na ocasião (emoção, medo, aflição) e depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?
  - Qual a crença subjacente (uma ou mais dentre as várias possíveis)? Para identificar a crença subjacente, revise a lista da página 31-32.
- c) Registre na grade “Registro de Pensamentos Disfuncionais” da página seguinte.

**Registro de Pensamentos Disfuncionais (com um exemplo)**

<b>Situação</b>	<b>Obsessão ou pensamento automático</b>	<b>Emoção associada</b>	<b>Crença</b>
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Excesso de risco e responsabilidade

3) Exercício de exposição e prevenção da resposta da semana:

---

---

---

---

---

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar a sessão, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 5 – Excesso de risco e responsabilidade**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explanação: crenças envolvendo avaliação exagerada do risco (medo de sujeira, contaminação, doenças) e da responsabilidade (medo de ser responsabilizado por acidentes, como incêndio, roubo, doenças próprias e de outras pessoas, necessidade de fazer verificações, etc.) e técnicas de correção (questionamento sócrático, hipóteses alternativas, busca de evidências, cálculo realista dos riscos, torta da responsabilidade, testes comportamentais e uso de lembretes).
- Tarefas de casa: elaboração de lembretes, novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de crenças disfuncionais envolvendo risco e responsabilidade.

### **Revisão das tarefas de casa**

O terapeuta solicita que cada paciente relate seus exercícios: quais as tarefas propostas, como se saiu em cada uma delas, o número de vezes que conseguiu realizá-las e o grau de dificuldade encontrado. Nas tarefas de exposição e prevenção da resposta, solicita que o paciente relembre e conte ao grupo os pensamentos automáticos que lhe passaram pela cabeça na ocasião, o que sentiu, quanto tempo durou a aflição e como se deu o desaparecimento espontâneo da mesma. Solicita, ainda, se houver tempo, que identifique as crenças subjacentes. Ao final de cada relato e em função das dificuldades encontradas, propõe as tarefas da próxima semana. Depois que todos encerraram, anuncia os temas das explicações das três próximas sessões e da presente sessão em particular, destacando a ênfase dada, neste momento da terapia, à identificação e correção de crenças disfuncionais simultaneamente com a continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.

### **Explanação: avaliar de forma exagerada o risco**

Os portadores do TOC têm a tendência de exagerar a probabilidade ou a gravidade do perigo (risco) para si ou para os outros e de subestimar os recursos ou capacidades com os quais conta para enfrentá-lo. Esta tendência se manifesta sob a necessidade de fazer verificações e executar rituais com a intenção de prevenir acidentes (medo exagerado de contrair ou transmitir doenças, de se contaminar ou de os familiares se contaminarem, adoecerem ou virem a falecer). Como consequência, o portador do TOC executa lavagens ou verificações excessivas, repetições (para lavar bem limpo), rituais mágicos (para prevenir eventos futuros), evita contatos, além de ter o foco de sua atenção constantemente voltado para sujeira, pó, germes, contaminantes, etc., mantendo-se permanentemente hipervigilante.

Exagerar o risco envolve dois componentes (Salkovskis, 1985; Van Oppen & Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Ladouceur et al., 1996):

- 1) Superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer;
- 2) Superestimar o impacto dos eventos negativos na vida das pessoas.

A seguir alguns exemplos de crenças que exageram o risco:

- Trincos de porta e dinheiro transmitem doenças. Deve-se lavar as mãos sempre que se tocar neles.
- Lavar bastante (o corpo, as mãos, objetos, roupas, alimentos) ajuda a não contrair doenças.
- Se um objeto (ou roupa) cair no chão, não se deve usá-lo sem antes lavar.
- Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas é perigoso.
- Se minha toalha de banho encostar na toalha do meu marido, posso contrair ou transmitir doenças.
- Não posso entrar em casa com os sapatos (ou roupas) que usei na rua: poderei trazer germes para dentro de casa, que irão provocar doenças nos meus familiares.

Para corrigir esse tipo de crença, pode-se fazer os seguintes exercícios:

- questionamento socrático;
- técnica das duas alternativas;
- experimentos comportamentais;
- A flecha descendente;
- Lembretes.

### **Questionamento socrático**

O nome desta técnica é uma homenagem ao filósofo grego Sócrates (470-399 a.C.), que punha em dúvida crenças arraigadas dos seus contemporâneos, tendo sido acusado de corruptor da juventude e condenado à morte por este motivo. Sócrates ficou famoso pelo seu lema, “Conhece-te a ti mesmo”. Afirmava por exemplo que “Sábio é o que sabe que nada sabe”, e que o conhecimento da verdade levava as pessoas a serem virtuosas. No tratamento do TOC, o paciente fica prisioneiro de convicções e crenças das quais aparentemente não tem dúvidas, mesmo que não haja nenhuma evidência de que sejam verdadeiras. Um dos recursos para corrigir essas crenças é o questionamento socrático. Esta técnica procura pôr as crenças em dúvida, questionando suas evidências, buscar explicações alternativas, com o objetivo de substituir a forma de pensar não-racional por um raciocínio lógico.

O questionamento é feito em relação às obsessões, pensamentos automáticos e crenças que são ativados por determinadas situações ou objetos usualmente seguidos da necessidade de executar algum ritual. O paciente deve, inicialmente, identificar uma situação na qual é compelido a realizar rituais ou adotar comportamentos evitativos; depois, deve identificar o que lhe passou pela cabeça e quais foram as conseqüências no momento (aflição, ritual). Pode também se perguntar: “O que eu sentiria caso não executasse o ritual que normalmente executo ou não evitasse o que normalmente evito?” e observar que pensamentos lhe vêm à cabeça. O questionamento socrático deverá ser feito sobre estes pensamentos (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

### **Exercício com o questionamento socrático**

Lembre uma situação do dia anterior na qual você usualmente é levado a executar rituais. Depois, responda às perguntas a seguir:

- Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- Que evidências eu tenho de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, aconteça o que eu temo (contaminação, incêndio)?
- O que eu imagino que vá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que \_\_\_\_\_ (pessoa conhecida) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático? (Incluir alguma crença da lista da pág. 45).

Releia várias vezes essas perguntas e escolha algumas das situações vividas ao longo da semana. Registre as respostas.

### **Técnica das duas alternativas (ou do pensamento alternativo)**

Uma forma mais simples de realizar o questionamento socrático é através da chamada técnica das duas alternativas (Salkovskis et al., 1998). Existem 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 sua doença e morte.
- 2) Teoria B:** Você é uma pessoa muito sensível ao medo de ser contaminado e reage a esse medo de forma a comprometer sua vida, fazendo lavagens excessivas e até prejudiciais.

Qual dessas duas alternativas é a mais provável?

Para colocar esta técnica em prática, adote alguns dos lembretes que mais se adaptam à sua situação. Escreva-os no caderno de exercícios ou num cartão levado no bolso da camisa, ou faça um cartaz e cole-o na parede do quarto ou espelho do banheiro. Os lembretes auxiliam a retomar o controle dos pensamentos, a separar os fenômenos mentais relacionados com o TOC dos demais, pois o paciente perde, em parte, a capacidade de comandar sua “máquina” de raciocinar que raciocina de forma errada. Ao longo das próximas páginas você encontrará listas de lembretes, utilize aqueles que lhe parecerem úteis.

## Experimentos comportamentais

Uma outra forma para corrigir a tendência a fazer previsões catastróficas é através dos chamados experimentos comportamentais. O paciente deve conduzir-se como um cientista, testando as evidências a favor ou contra sua hipótese ou de hipóteses alternativas, revisando suas hipóteses depois do experimento. Como regra o experimento deve conter a hipótese a ser testada, e sua revisão depois do teste. A seguir estão algumas sugestões de exercícios:

- 1) Revise uma única vez seu trabalho escrito para a faculdade, ou a carta/ofício que escreveu e veja o que acontece (vai tirar uma nota ruim, rodar, etc.)
- 2) Não feche a torneira do gás, não retire os aparelhos elétricos das tomadas ao sair de casa (para testar a crença de que pode ocorrer um incêndio).
- 3) Não verifique a fechadura do carro depois de fechá-lo. Depois, ao voltar, verifique se a porta ficou aberta.
- 4) Deixe uma torneira pingando durante duas horas para ver se sua casa vai ficar inundada.

Um exercício adicional é a estimativa de risco, com o ritual e sem ele. Calcule quantas casas existem na sua cidade e quantos aparelhos elétricos ficam permanentemente ligados nas tomadas. Depois, pense em quantos incêndios ocorrem por dia, semana, mês ou ano devido a essa causa. Vale a pena fazer esse procedimento todos os dias? Essa medida reduz ou aumenta o risco de um incêndio?

Pode-se ainda conversar com especialistas, para ver se um determinado ritual protege ou na verdade aumenta o risco de acontecer algo de ruim.

**Colocar crenças arraigadas em dúvida é o primeiro passo para modificá-las.**

**Só é possível perder medos enfrentando-os.**

## Exemplo prático de exagero do risco e necessidade de fazer verificações

Um paciente verificava, várias vezes ao dia, se todos os documentos estavam na carteira, especialmente antes de sair de casa, pois temia ser preso caso fosse interpelado na rua por um guarda e estivesse sem eles. Este receio era motivo de aflição permanente e de constantes, repetidas e desnecessárias verificações da carteira.

**Situação ativadora:** Sair de casa.

**Pensamento automático catastrófico:** Se eu estiver sem meus documentos, posso ser preso.

**Crenças disfuncionais:** Superestimar as conseqüências de estar sem documentos, superestimar a probabilidade de que tais conseqüências ocorram.

**Questionamentos:** Evidências a favor e contra: Tenho alguma evidência a favor do meu pensamento? Conheço alguém que foi preso por estar sem documentos? O que um advogado diria sobre esta possibilidade?

**Sobre a questão da probabilidade:** Quantas vezes fui abordado neste último ano? Quantas verificações fiz no mesmo período? Em alguma ocasião, passei por

algum constrangimento ou fui preso? Que documentos são legalmente exigidos, ou em que circunstâncias são necessários (carteira de motorista quando se está dirigindo, cartão do banco quando se vai fazer uma movimentação na conta, carteira de identidade quando se vai fazer uma compra e assinar um cheque, etc.)?

### **Responsabilidade exagerada**

O excesso de responsabilidade é considerado por alguns o problema central do TOC, responsável por rituais de verificação, limpeza, repetições, etc. Refere-se à crença de que a pessoa tem um poder que é decisivo para provocar ou impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam. Em decorrência dessa crença, o paciente considera como sua a responsabilidade de prevenir doenças, acidentes ou danos que resultam de erros ou falhas morais involuntárias. Acredita, ainda, que qualquer influência que se possa ter sobre um acontecimento equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo (Salkovskis, 1985; Lopatka et al., 1995; OCDWG, 1997).

### **Exemplos de crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade**

- Fracassar ao prevenir (ou deixar de tentar prevenir) algum dano ou prejuízo a outras pessoas é o mesmo que praticá-lo.
- Uma falha sempre é imperdoável, mesmo que seja involuntária ou não-intencional.
- Sou suficientemente poderoso para prevenir ou provocar desastres (mesmo no futuro ou à distância).
- Rituais mágicos podem evitar que as coisas que eu temo aconteçam.
- Se meu filho/pai/mãe adoecer é porque falhei, e todos vão me condenar.
- A responsabilidade não é diminuída pela improbabilidade.
- Se algo de ruim acontecer, foi porque eu falhei; o mal poderia ter sido evitado (se eu deixei cair a bicicleta na rua e ocorreu um acidente, a culpa é toda minha).

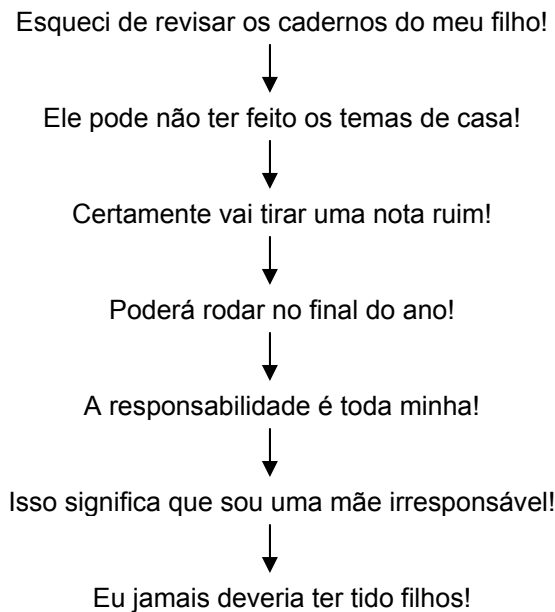
### **Corrigindo o excesso de responsabilidade - Questionamento socrático**

- E se, de fato, algum dia, acontecesse alguma das coisas que eu imagino? Qual seria a porcentagem (de 0 a 100%) da minha responsabilidade?
- Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros fatores que poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse?
- Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido (duplo padrão)?
- As pessoas irão me responsabilizar?
- O fato de eu ter pensado algo poderia ser suficiente para provocar o que aconteceu?
- Meus rituais de fato reduzem a probabilidade de que coisas ruins aconteçam ou apenas reduzem minha aflição?

### **A flecha descendente**

Este exercício pode ser feito pelo paciente após ter constatado que cometeu “uma falha”. Ele é útil para avaliar a forma exagerada do risco, da responsabilidade, da necessidade de controlar os pensamentos, etc. O paciente, auxiliado pelo terapeuta,

faz uma afirmação e, depois, vai fazendo uma série de perguntas, como “E daí?”, “Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “Se isso de fato ocorreu, o que significa mim?”, “O que de pior pode acontecer?”, até que se tenha atingido a linha base, que é o pior possível. Cada afirmativa é representativa de crenças subjacentes que, no momento ou oportunamente, podem ser questionadas. Veja o exemplo a seguir.



**Figura 5.** Exemplo da técnica da flecha descendente.

As afirmativas, geralmente absolutas (tudo ou nada), podem ser questionadas com perguntas do tipo: “Você diria isso caso uma amiga sua esquecesse de revisar os temas do filho?” (sobre as últimas duas conclusões), ou “Mesmo que você não tenha revisado os temas, não existe uma possibilidade de que ele tenha feito o tema sozinho?”.

### **Lembretes**

Alguns lembretes auxiliam o paciente a se dar conta da distorção cognitiva que ocorre em seus pensamentos automáticos e crenças, reduzindo o excesso de responsabilidade e contribuindo para a não-execução dos rituais:

- Isso é o TOC! Cuidado com o TOC!
- Riscos fazem parte da vida e não há como evitá-los, por mais que se queira!
- Ninguém fica para semente! Esses pensamentos passam pela minha cabeça porque são verdadeiros ou porque eu tenho TOC?
- Não posso ver pano que saio limpando!

### **Outras modalidades de questionamento: a torta de responsabilidade**

Lembre-se de que muitos fatores concorrem para que aconteçam doenças, acidentes e desastres, e de que executar rituais ou tentar prevenir essas ocorrências negativas através de evitações certamente não é o que vai determinar se as coisas

vão acontecer ou não. O exercício a seguir, também chamado de exercício da torta ou da pizza, auxiliará você a se dar conta de que muitos fatores podem contribuir para que algo aconteça e também de que você se excede ao avaliar sua responsabilidade (Van Oppen & Arntz, 1994).

- 1) Pense em um evento que você receia que aconteça (morte, doença, contaminação, incêndio) caso você não execute seus rituais habituais (verificar, não tocar, lavar as mãos).
- 2) Considerando que um fato desses viesse a acontecer (por exemplo: seu filho foi à escola e voltou resfriado), liste, a seguir, todas as pessoas, circunstâncias ou fatores que poderiam ter contribuído para o resultado. Coloque-se por último na lista.
- 3) Divida a torta em fatias, atribuindo a cada fatia uma das contribuições listadas no item anterior. Atribua pedaços maiores a pessoas, circunstâncias ou fatores que você acredita terem maior responsabilidade pelo ocorrido.
- 4) Quando você tiver terminado, observe quanta responsabilidade é inteiramente sua e compare-a com a responsabilidade que é dos outros fatores.
- 5) Compare o percentual atribuído a você agora com o percentual usualmente atribuído antes de fazer o exercício.

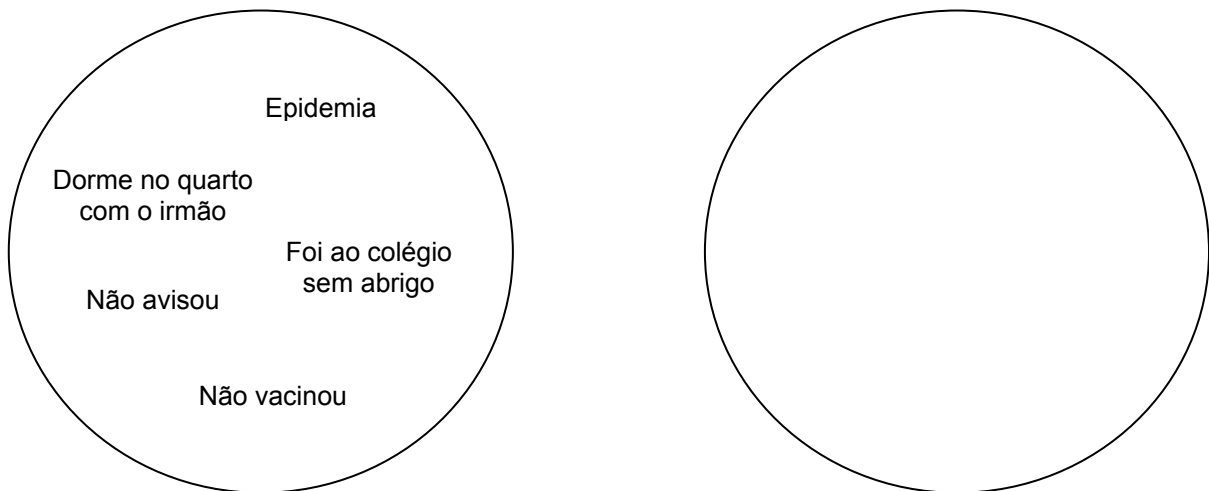
### **Exercício prático com a torta da responsabilidade**

Imagine a seguinte situação: seu filho voltou do colégio com um forte resfriado e, como a febre estava muito alta e havia tosse associada, o médico indicou a baixa no hospital para investigar uma possível pneumonia. Imagina-se que os seguintes fatores ou pessoas poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse.

- a) Está havendo uma epidemia de gripe na cidade.
- b) O filho dorme no mesmo quarto que o irmão, que já está gripado há uma semana.
- c) O filho foi para o colégio mal agasalhado e a temperatura mudou subitamente.
- d) O filho não foi vacinado contra a gripe.
- e) Você esqueceu de avisá-lo para pôr uma blusa de lã, pois tinha ouvido na TV que uma frente fria iria chegar ao estado e mudar a temperatura.

Divida o círculo em branco (a seguir) em fatias de acordo com o percentual de responsabilidade de cada fator, ou seja, atribua pedaços maiores às circunstâncias que você acredita terem maior responsabilidade em relação ao ocorrido.

Depois, calcule o percentual do que de fato seria a sua responsabilidade e compare o número com o quanto você imaginava que fosse inicialmente.



**Figura 6.** Torta da responsabilidade: fatores que podem concorrer para alguém contrair gripe.

### **Corrigindo a tendência de superestimar probabilidades**

Uma distorção muito comum ligada ao excesso de responsabilidade consiste em superestimar as probabilidades de que um desastre possa acontecer. Essa superavaliação aumenta a necessidade de executar rituais, particularmente repetições e verificações. Uma forma de corrigir essa distorção no cálculo de probabilidades é fazendo o seguinte exercício:

- 1) Faça uma estimativa do grau de probabilidade que você imagina para a ocorrência de um desastre caso você cometer uma falha, como deixar o ferro de passar ligado, esquecer de fechar o gás, deixar a torneira pingando, não tirar os aparelhos eletrônicos da tomada, esquecer o cigarro aceso no cinzeiro, etc.
- 2) Estabeleça a seqüência de passos necessários para que um desastre aconteça.
- 3) Calcule os riscos ou probabilidades de que cada um dos passos ocorra.
- 4) Calcule as chances cumulativas (probabilidades somadas).

### **Exemplo de técnica para testar probabilidades**

A técnica procura corrigir uma crença errônea ou distorcida (exagerar o risco e necessidade de ter certeza), solicitando ao paciente que estabeleça as condições necessárias para que ocorra um desastre ou doença, e posteriormente verificando se há ou não possibilidade de existirem essas condições nas situações que desencadeiam obsessões seguidas de evitações ou lavações excessivas.

O exemplo é para pacientes que têm medo de contrair AIDS usando banheiros públicos, cumprimentando um aidético, ou tocando em objetos, móveis, roupas, etc. e, por essa razão, evitam as situações elencadas, lavam as mãos ou as roupas desnecessariamente.

**Crença:** “Posso contrair AIDS usando um banheiro público! Por isso evito!” (Exagerar o risco).

Estratégias de correção cognitiva da crença distorcida:

**Primeiro passo:** identificar as exigências (condições) necessárias para se contrair HIV.

**Segundo passo:** 1) verificar se estas exigências foram cumpridas na situação que desencadeou a obsessão (medo de contrair o HIV). 2) supondo que não seja possível se ter certeza, o nível de risco justifica a evitação ou eu evito em razão do TOC?

→ **Primeiro passo:** que condições seriam necessárias para se contrair doenças sentando num banheiro público?

Para estabelecer essa seqüência de passos eventualmente o seu terapeuta poderá ajudá-lo, ou você poderá consultar um especialista, ou procurar a resposta em sites especializados da Internet.

Condições necessárias para se contrair HIV:

- Uma pessoa HIV+ deveria ter usado antes o banheiro;
- Deveria ter um ferimento sangrando nas nádegas ou genitais;
- Uma razoável quantidade de sangue deveria estar no tampo do vaso do banheiro;
- O sangue deveria ser recente (vivo);
- Eu deveria ter uma lesão em minhas nádegas;
- O sangue contaminado deveria penetrar com uma boa quantidade de vírus em minha circulação;
- Meu sistema imunológico não barra os vírus e eles se instalam no meu organismo.

→ **Segundo passo (questionamento):**

- Que evidências você tem de que cada uma dessas condições foi preenchida?

Responda a essa questão revisando as probabilidades de que tenham sido preenchidas cada uma das condições mencionadas.

Eventualmente não se pode ter certeza absoluta, como em muitas questões na vida. E nem é possível se chegar a esse grau mesmo bancando o detetive ou ficar ruminando muitas horas sobre uma determinada dúvida. Não vale a pena. Nesse caso o melhor é desistir do que insistir na certeza, e aceitar que em muitas situações isso é impossível.

- O nível de risco justifica a evitação, ou eu evito em razão do TOC?

Se não se pode ter certeza absoluta temos que aprender uma segunda lição: não vale a pena estar permanentemente vigiando a possibilidade de ocorrerem desastres cuja probabilidade de ocorrer nós mesmos reconhecemos que é extremamente rara.

Exemplos: Vale a pena deixar de sair de casa pela possibilidade de cair um avião (ou um meteorito) em nossa cabeça? O risco de contrair AIDS pisando numa mancha de sangue na rua talvez seja menor.

### Recomendações

- Ao deitar, evite verificar portas e janelas mais de uma vez.
- Não verifique o gás ou o fogão.
- Não verifique se a porta da geladeira ficou bem fechada.
- Ao sair de casa, não verifique mais de uma vez se a porta da casa ficou fechada. Caso você tenha passado a chave, não faça nenhuma verificação.

### Exercícios para casa

Identifique e faça o questionamento socrático de pelo menos uma crença errônea (pode ser de risco ou de responsabilidade) em duas situações onde você é levado a realizar rituais de limpeza, verificações ou evitações.

**Situação A:** \_\_\_\_\_

**Pensamento automático ou crença 1:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Situação B:** \_\_\_\_\_

**Pensamento automático ou crença 2:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registre aqui os questionamentos conforme as seguintes questões ou algumas das outras formas sugeridas na exposição:

- Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- Que evidências eu tenho de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, aconteça o que eu temo (contaminação, incêndio)?
- O que eu imagino que vá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que \_\_\_\_\_ (pessoa conhecida) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático? (Incluir alguma crença da lista da pág. 45).

**Pensamento automático ou crença 1**

---

---

---

---

---

---

---

**Pensamento automático ou crença 2**

---

---

---

---

---

---

---

**2) Tarefas de exposição e prevenção da resposta para a semana.**

Antes do encerramento da sessão, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo geral, as tarefas de exposição e prevenção da resposta a serem realizadas em casa durante a semana. Ele também solicita que as tarefas sejam transcritas nas linhas a seguir.

---

---

---

---

---

---

---

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 6 – Exagerar a importância dos pensamentos**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação sobre crenças envolvendo o poder exagerado do pensamento e a necessidade de controlá-lo.
- Tarefas de casa: novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de pensamentos disfuncionais e uso de lembretes.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Inicialmente, o terapeuta faz a revisão dos exercícios cognitivos (um de cada vez, discutindo as dificuldades encontradas). A ênfase, neste primeiro momento, é focada na identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e nos exercícios para sua correção. Por último, o terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e, em função dos avanços, sugere os exercícios da próxima semana. Ele anuncia o tema da explicação e, se algum dos pacientes apresentar sintomas que ilustrem este domínio de crenças, poderá mencioná-los para dar um caráter real à explicação.

### **Exagerar a importância dos pensamentos**

Os portadores do TOC com frequência são atormentados pelos chamados pensamentos “ruins” ou “horribéis”, aos quais dão muita importância e pelos quais sofrem muita culpa e aflição. A simples presença desses pensamentos é interpretada como tendo um significado muito negativo (“Esses pensamentos significam que eu posso ser um molestador de crianças”, ou “... que eu posso ir para o inferno”, ou “... que eu posso empurrar meu filho da sacada”).

Descartes (1596-1650), filósofo francês, cunhou a célebre frase “Penso, logo existo”. No seu entender, o ato de pensar era a prova cabal da própria existência. O portador do TOC tem um raciocínio semelhante, pois acredita que, pelo fato de pensar, o conteúdo do seu pensamento passa a ser verdade. E, como é verdade, terá consequências em geral desastrosas, como nos exemplos mencionados. Pensa, ainda, que a mera presença de um pensamento significa que ele é importante, ou é importante porque provoca aflição, numa espécie de raciocínio cartesiano emocional.

Também se inclui nesse domínio o pensamento mágico, segundo o qual a pessoa acredita ter o poder de provocar ou impedir desfechos negativos futuros através de rituais, e a chamada fusão do pensamento e da ação, que envolve:

- 1) acreditar que pensar num evento inaceitável ou perturbador aumenta as chances de que ele venha a acontecer (pensar num acidente aumenta as chances de sua ocorrência);
- 2) pensar equivale a agir, desejar ou cometer, ou ter um pensamento inaceitável equivale moralmente a praticá-lo (Shafran et al., 1995; OCCWG, 1997).

### **Crenças envolvendo exagero da importância dos pensamentos**

- Se eu penso muito em alguma coisa, isso significa que de fato ela é importante.

- Se eu penso muito em algo, é porque isso é importante (ou é importante porque penso).
- Se eu penso que algo é ou pode ser muito perigoso, é porque de fato é.
- Se um pensamento provoca muita aflição, é porque deve ser perigoso e verdadeiro.
- Rituais mágicos e ruminações obsessivas podem evitar desfechos temidos.
- Pensar equivale (moralmente) a desejar, agir ou praticar (fusão do pensamento e da ação).
- Se eu penso muito em algo ruim, isso aumenta as chances de que de fato o pensamento acabe virando realidade.
- Ter um pensamento violento é o mesmo que cometer um ato violento.
- Pensar muito sobre um problema (ruminar) ajuda a prevenir desfechos temidos.
- Se eu contar até \_\_\_\_ impedirei que tal fato aconteça (pensamento mágico).

### Exercícios

1) Releia a lista anterior e identifique as crenças distorcidas envolvendo exagero do poder do pensamento que você tem.

**Crença 1** \_\_\_\_\_

**Crença 2** \_\_\_\_\_

2) Para corrigir essas crenças, faça a si mesmo as seguintes perguntas:

- Podemos controlar inteiramente nossos pensamentos? Eles necessariamente revelam aspectos do nosso caráter ou personalidade, ou podem ser sintomas de TOC?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento, imagem, lembrança que eu não controlo nem desejo?
- O fato de eu pensar aumenta a probabilidade de que algo (bom ou ruim) aconteça?
- Imagine se tudo o que eu penso acontecesse!
- Ter um pensamento mau é tão condenável quanto praticá-lo?
- Existe a possibilidade (entre 0 e 100%) de que eu venha a fazer o que pensei?
- Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- O que as pessoas diriam se o que pensei viesse a acontecer?
- O que eu diria se o que imaginei acontecesse com outra pessoa?
- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?

## **Supervalorização da importância de controlar os pensamentos**

### *Conceito*

Designa a tendência dos pacientes portadores do TOC, particularmente os que têm a mente invadida por obsessões de cunho agressivo, obsceno ou blasfemo, de supervalorizar a importância do controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos, bem como a tendência de acreditar que isso tanto é possível como desejável. Exercer controle significa ser capaz de afastar completamente os pensamentos sempre que eles ocorrem. A tentativa de exercer um controle completo determina uma focalização da atenção nos referidos pensamentos, um aumento da vigilância e, conseqüentemente, da ocorrência dos pensamentos. Literalmente: quanto mais se pensa no demônio, mais ele aparece.

A supervalorização do controle pode assumir diferentes formas de crenças distorcidas (OCCWG, 1997):

- É importante o registro e a hipervigilância sobre os eventos mentais.
- Não controlar os pensamentos tem conseqüências morais.
- Não controlar os pensamentos tem conseqüências comportamentais e psicológicas.
- É possível ter uma eficiência total no controle dos pensamentos.

Alguns exemplos de crenças:

- Ter um pensamento obsceno, mesmo que não se queira ou não se consiga evitar, é moralmente condenável.
- Meus pensamentos obscenos ou agressivos revelam um desvio moral de minha personalidade ou caráter e, portanto, sou moralmente responsável por eles.
- Se eu não conseguir afastar um pensamento ruim, ele poderá acabar acontecendo.
- Ter pensamentos intrusivos significa que eu estou fora de controle.
- Serei uma pessoa (moralmente) melhor se eu conseguir ter um controle completo dos meus pensamentos.
- Devo estar sempre vigilante sobre o que se passa na minha mente, pois só assim poderei ter um controle total sobre meus pensamentos.

<p><b>Efeito do urso branco:</b> quanto mais eu me preocupo em afastar meus pensamentos ou quanto mais tenho medo deles, mais eles aparecem (Rachman, 1998).</p>
--

### **Técnicas para correção**

#### *Questionamento socrático*

- Ter um pensamento horrível é moralmente tão condenável quanto praticá-lo?
- Podemos controlar inteiramente todos os nossos pensamentos?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento ou imagem que não desejo nem controlar?

### *Outras técnicas*

Algumas medidas são úteis e podem auxiliar a reduzir ou eliminar definitivamente pensamentos horríveis. São estratégias para provocar exposição, prevenção da resposta e redução da vigilância sobre os pensamentos.

- Deixar os pensamentos simplesmente virem à mente e não fazer nada para afastá-los, lembrando que são apenas pensamentos do TOC e nada mais.
- Evitar qualquer manobra de neutralização, como substituir um pensamento ruim por um bom, fazer algum ritual mental (rezar, repetir frases, etc.).
- Evitar a realização de qualquer ritual destinado a anular o pensamento ruim, como se lavar, tomar banho, etc.
- Evocar intencionalmente o pensamento horrível e mantê-lo na mente por alguns minutos até a aflição diminuir. Repetir este exercício várias vezes ao longo do dia.
- Escrever uma pequena história com todos os detalhes do pensamento ou imagem horrível, exagerando seus aspectos mais chocantes. Ler a história várias vezes ao dia ou gravar e ouvi-la repetidamente até que nenhuma aflição seja sentida.
- Assistir várias vezes a filmes que contenham cenas semelhantes ou que lembrem a cena horrível.
- Diminuir a vigilância, não dando nenhuma importância ao pensamento ou imagem quando ele(a) vem à cabeça.
- Escrever várias vezes numa folha o nome ou palavra que não se pode pronunciar e, depois, ler a folha várias vezes, de preferência em voz alta e perante os demais pacientes.

### *Lembretes (para pacientes com predomínio de obsessões ou ruminação obsessiva)*

- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Isso é só uma obsessão.
- Isso é apenas o TOC.
- Pensar é apenas pensar. Não é cometer ou praticar.
- Pensar não significa desejar.
- Pensar em algo ruim não é o mesmo que praticar ou cometer algo ruim.
- Pensar em algo ruim não significa que sou uma pessoa má.
- Não tenho jeito de envenenador de filho ou de homicida.
- Minha aflição ou ruminação obsessiva não vai alterar o rumo dos acontecimentos. Portanto, é inútil.
- Não é porque eu penso que as coisas acontecem ou deixam de acontecer.
- Imagina se eu tivesse todo este poder!
- Se eu pensar bastante meu grau de certeza não vai aumentar.

- Meu pensamento não é tão poderoso a ponto de provocar ou impedir que desastres aconteçam.

### **Tarefas para a semana**

Antes do encerramento da sessão, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo, as tarefas de exposição e prevenção da resposta a serem realizados em casa. As tarefas devem ser individualizadas e podem envolver também exercícios cognitivos de correção de crenças disfuncionais, experimentos comportamentais ou exposição a pensamentos ruins, dependendo dos sintomas que cada paciente apresenta.

- 1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta. Liste, a seguir, os exercícios da semana.

---

---

---

---

---

---

- 2) Exercícios de questionamento. Liste, a seguir, alguma crença disfuncional e, ao lado, o questionamento socrático (evidências a favor ou contra, percentual do quanto acredita na crença, etc.). Revise o exercício das pág. 49 e 50.

<b>Crença</b>	<b>Questionamento</b>

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 7 – Necessidade de ter certeza e perfeccionismo**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação sobre crenças envolvendo necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
- Tarefas para casa: novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de pensamentos disfuncionais.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas para casa**

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e aproveita para sugerir os exercícios da próxima semana, que serão revisados no final da sessão. Ele anuncia o tema da explicação e, se algum dos pacientes apresentar sintomas que ilustrem os domínios de crenças abordados, poderá usá-los como exemplo, ilustrando e dando um caráter mais real à explicação.

### **Necessidade de ter certeza**

É comum que os portadores de TOC tenham sua mente invadida por obsessões de dúvida, que se externalizam sob a forma de indecisão, demora na realização de tarefas, dificuldade em tomar decisões, postergações, lentidão obsessiva, repetições e busca de reassuramentos. Todos esses fenômenos estão relacionados com a necessidade de não cometer erros, o perfeccionismo e a dificuldade de tolerar críticas. Os pacientes que sofrem dessas crenças necessitam ter certeza para tomar uma decisão, o que, muitas vezes, é impossível. Três tipos de manifestação são comuns:

- pouca capacidade para lidar com mudanças que não podem ser previstas;
- busca constante de certezas, confirmações e reassuramentos;
- dificuldade de funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas (OCCWG, 1997).

### **Crenças**

- Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional.
- Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros.
- Não serei capaz de funcionar adequadamente em situações confusas ou ambíguas.
- Incertezas, novidades e mudanças são perigosas, porque eu não sei se serei capaz de lidar com elas!
- Tendo certeza absoluta das coisas, as desgraças não acontecem.
- Sou incapaz de tolerar a incerteza.
- Se eu ficar ruminando meus medos, evitarei desgraças, pois acabarei tendo certeza de que elas não irão acontecer.

## **Perfeccionismo**

Perfeccionismo é a tendência de acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema e que fazer alguma coisa perfeita (isto é, livre de erros) não só é possível como necessário, já que mesmo erros pequenos têm conseqüências sérias. As metas exigidas são elevadas e, muitas vezes, inatingíveis (Frost et al., 1990; Frost & Steketee, 1997; OCCWG, 1997, Rhéaume et al.1995).

## **Crenças**

- Se eu me esforçar bastante, meu trabalho sairá perfeito.
- Por mais que eu me esforce, nunca será o suficiente.
- É possível fazer escolhas e achar soluções perfeitas.
- Se eu ficar pensando bastante tempo, poderei tomar uma decisão melhor e não cometerei erros.
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente.
- Se minha casa não estiver totalmente limpa e arrumada, as pessoas vão achar que sou desleixada.
- Se as minhas coisas não estiverem bem arrumadas, as pessoas vão gostar menos de mim.
- Se uma vez eu cometer um erro, nunca mais poderei confiar em mim.

## **Corrigindo o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza**

Se algum paciente apresentar as crenças mencionadas, o terapeuta utilizará um ou mais dos recursos descritos a seguir. É importante lembrar que estes exercícios podem ser de grande utilidade para alguns pacientes e não ter sentido ou não fazer nenhum efeito para outros (que não apresentam essas crenças distorcidas).

## **Questionamento socrático**

- É possível ser perfeito e sempre ter certeza?
- Tendo certeza, a gente sempre faz as escolhas certas e acha soluções perfeitas?
- Você condena alguém que comete imperfeições?
- Cometer erros é muito ruim?
- Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional?
- Uma falha sempre representa um fracasso?
- Se algo de ruim acontecer, a razão disso é porque eu falhei? O mal poderia ter sido evitado?
- Fracassar em prevenir (ou deixar de tentar prevenir) o dano aos outros é o mesmo que praticá-lo?
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente?

### **Como lidar com rumações**

Rumações obsessivas são muito comuns em pacientes perfeccionistas que não admitem falhar ou que necessitam ter certeza para não cometer erros. Na maioria das vezes, as rumações são inúteis, pois não aumentam o grau de certeza e, por outro lado, geram mais aflição. As medidas seguintes podem ajudar:

- Identificar o momento em que se está ruminando.
- Questionar se a atividade ruminativa pode levar a algum grau maior de certeza ou se serve apenas para aumentar a aflição, pois não trará nenhuma informação ou fato novo que auxilie no esclarecimento da dúvida.
- Interromper a rumação com “Pare com isso!” sempre que se surpreender ruminando.
- Lembrar que é necessário aprender a conviver com questões não-resolvidas e que, em muitas situações, é impossível chegar a um grau elevado de certeza.

### **Exposição e prevenção da resposta para perfeccionistas**

- Abster-se de repetir tarefas ou trabalhos com o objetivo de que saiam perfeitos.
- Abster-se de repetir perguntas para ter certeza absoluta ou eliminar qualquer dúvida.
- Abster-se de fazer verificações, mesmo as dissimuladas (dar uma olhada em vez de tocar).
- Tomar uma decisão mesmo não tendo certeza.
- Evitar protelações como forma de evitar o risco de cometer erros, imaginando que se fizer depois fará melhor.
- Marcar um prazo para terminar uma tarefa.
- Marcar o tempo que se deve levar para uma determinada tarefa, tentando diminuí-lo (por exemplo, tempo do banho).
- Tomar decisões sem ter certeza e correr o risco de entregar trabalhos com falhas, sujeitando-se a ouvir críticas.
- Não verificar se as coisas ficaram bem arrumadas.
- Não medir os lados da colcha, toalhas, laços do cadarço do sapato, para ver se estão simétricos.
- Quando fizer um pacote, não medir os laços da fita para que tenham exatamente o mesmo tamanho.
- Não alinhar os papéis e objetos de forma minuciosa em cima da mesa e de uma forma inteiramente peculiar.
- Não repetir uma determinada atividade sempre na mesma seqüência (por exemplo: ao chegar em casa, passar sempre pelo mesmo lugar, revisar as peças da casa na mesma ordem).
- Não repetir nenhum trabalho ou atividade contando o número de vezes para que sejam simétricas.

### Testes comportamentais

Faça alguns dos seguintes exercícios e, posteriormente, avalie se as conseqüências coincidiram e se são tão catastróficas quanto você imaginava:

- Tente efetuar um depósito num banco digitando o número de sua conta de forma errada, para ver o que acontece.
- Deposite uma pequena quantia de dinheiro numa conta errada e tente ver se é possível reaver o dinheiro (para constatar que, mesmo quando se erra, existe uma solução).
- Tome uma decisão (por exemplo, comprar uma roupa, um eletrodoméstico) sem ter certeza de que está pagando o melhor preço. Depois, descubra se poderia ter feito um negócio melhor ou não e observe como você se sente.
- Revise o texto de uma carta que está escrevendo somente uma vez . Entregue seu trabalho escolar depois de uma boa revisão, sem revisá-lo novamente.

### Lembretes

- Ruminação obsessiva, dúvidas: Pare de pensar!
- Verificadores, lavadores, rituais mentais: Pare com isso!
- Ruminação obsessiva, dúvidas: Isso é o TOC!
- Por mais que eu queira, jamais vou conseguir ser perfeito!
- Minha aflição ou minha ruminação obsessiva não vai influenciar o rumo dos acontecimentos! Portanto, elas são inúteis!
- Não sou perfeito!
- Não tenho que...!
- Se eu pensar bastante, não vai aumentar meu grau de certeza!

### Tarefas da semana

Antes do encerramento, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo, as tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos para serem realizados em casa. Além disso, solicita que os pacientes transcrevam os exercícios para as linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2) Exercícios cognitivos:

Este exercício auxilia a corrigir as distorções cognitivas. Imagine uma situação real ou antes de fazer um ritual na qual possa cometer uma falha, tomar uma decisão errada. Faça as seguintes perguntas a si mesmo:

- É possível ser perfeito e sempre ter certeza?
- Tendo certeza, a gente sempre faz as escolhas certas e acha soluções perfeitas?
- Você condena alguém que comete imperfeições?
- Cometer erros é muito ruim?
- Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional?
- Uma falha sempre representa um fracasso?
- Se algo de ruim acontecer, a razão disso é porque eu falhei? O mal poderia ter sido evitado?
- Fracassar em prevenir (ou deixar de tentar prevenir) o dano aos outros é o mesmo que praticá-lo?
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3) Na próxima sessão, você deverá trazer um familiar.**

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si. O terapeuta também solicita aos pacientes que sugiram temas para revisão nas três próximas sessões.

## **SESSÃO 8 – O TOC e a família**

---

### **Agenda**

- Apresentação dos pacientes e familiares.
- Explanação dos objetivos da sessão e da agenda.
- Explanação sobre alguns aspectos do TOC para os familiares dos pacientes: métodos de tratamento, TCC em grupo. Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares, interferência no trabalho e na produtividade.
- Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da família.
- Discussão com pacientes e familiares sobre como lidar com o TOC.
- Tarefas de casa: revisão e continuação das tarefas anteriores.
- Avaliação da sessão.

### **Explanação dos objetivos da sessão e da agenda e apresentação dos participantes**

O terapeuta dá início à sessão agradecendo pelo comparecimento dos familiares, expondo as finalidades e a agenda da sessão: esclarecer aspectos sobre o TOC numa breve revisão dos conceitos já expostos na primeira sessão (sintomas, métodos de tratamento, TCC em grupo, impacto do TOC na vida da família, como se dá a eliminação dos sintomas através das tarefas de exposição e prevenção da resposta, o fenômeno da habituação, a correção de crenças disfuncionais). A seguir, é estabelecida uma discussão com os familiares sobre o impacto do TOC na vida da família e sobre as formas de colaborar com o tratamento.

### **O impacto do TOC na família e nas relações interpessoais**

A maioria das famílias se envolve de alguma forma nos rituais e na evitação ou muda suas rotinas para se acomodar aos sintomas do paciente (por exemplo, submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contato físico, evitar lugares, aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento. Em geral, todos os membros da família sofrem com o transtorno, pois os sintomas criam desarmonia, raiva, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas.

O TOC pode ter um efeito devastador sobre as famílias. A vida social pode ficar comprometida em >80% dos casos;

- 75% referem perdas nas relações interpessoais e conflitos conjugais;
- 65% referem dificuldades financeiras;
- 40% dos pais se preocupam com o que será do paciente depois que “eles se forem”.

## **Papéis da família**

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro lado, conflitos familiares podem agravar os sintomas. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo.

Eventualmente, a família, por aflição ou desconhecimento, pode estimular ou reforçar a prática de rituais ou comportamentos evitativos, segregando o paciente, estigmatizando-o, reagindo de forma agressiva diante de suas exigências e interferências nas rotinas, ou, então, submetendo-se aos rituais e reprimindo a raiva.

Contudo, a família também pode ter uma atitude compreensiva e colaborativa, buscando informações para conhecer melhor o TOC, auxiliando o paciente nas tarefas da terapia, como a elaboração da lista de sintomas (os familiares muitas vezes identificam melhor os sintomas do que o próprio paciente), e oferecendo apoio e estímulo nas tarefas de casa, especialmente quando os sintomas são graves. Para que os familiares saibam como agir, eles precisam ter uma noção sobre TCC, o sentido das tarefas de casa e como se dá a eliminação dos sintomas.

Quando há um portador de TOC em uma família, especialmente se o caso for acompanhado de tiques, é comum que existam outros familiares comprometidos. É interessante que o terapeuta faça uma pergunta nesse sentido e, eventualmente, sugira a avaliação de familiares com indícios de serem portadores do transtorno.

## **Depoimento dos familiares**

Após a explanação, o terapeuta põe a palavra à disposição dos familiares dos pacientes, para que façam seus depoimentos sobre os sintomas do TOC e sua interferência ou não nas rotinas da família, e sobre como a família se acomodou a eles ou não. A troca de idéias e sugestões é estimulada. Depois de ouvi-los, o terapeuta passa a palavra aos pacientes, que falarão sobre os tipos de interação, conflitos, arranjos ou acomodações que acabaram se estabelecendo em função do TOC.

Depois dos depoimentos, o terapeuta recorda a forma de atuação da terapia (exposição, prevenção da resposta, correção de crenças disfuncionais) e, com base nesse entendimento, discute com os participantes as atitudes que podem auxiliar o paciente a superar o transtorno.

## **Tarefas para casa**

Nesta sessão, as tarefas individuais da semana passada não são revisadas, pois o tempo disponível em geral é insuficiente. O terapeuta solicita aos participantes que prossigam em seus exercícios de exposição e prevenção da resposta / rituais e de identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, pedindo que anotem no manual as dificuldades encontradas para discussão na próxima sessão.

## **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão e destaque o que considerou mais relevante ou proveitoso para si e para seu paciente/familiar.

## **Escala Y-BOCS**

### **1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos**

*P. Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?*

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais
- 2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

### **2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos**

*P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?*

- 0 **Nenhuma interferência**
- 1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
- 3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

### **3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos**

*P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?*

- 0 **Nenhuma perturbação**
- 1 **Leve:** muito pouca
- 2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

### **4. Resistência às obsessões**

*P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

### 5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

*P. Até que ponto consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?*

- 0 **Controle total**
- 1 **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
- 2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
- 3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade
- 4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

**Escores das obsessões** \_\_\_\_\_

### 6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

*P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?*

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

## 7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

*P. Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que deixa fazer graças às compulsões?*

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

## 8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

*P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?*

0 **Nenhum sofrimento**

1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

## 9. Resistência contra compulsões

*P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

#### **10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo**

*P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?*

- 0 **Controle total**
- 1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
- 2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade
- 3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões
- 4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

**Escores de compulsões:** \_\_\_\_\_

**Score Total:** \_\_\_\_\_

#### **Bibliografia**

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
2. Escala traduzida por Asbahar, F.R.; Lotufo Neto F.; Turecki, G.X. e cols. In: Miguel, E.C. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.

## **SESSÃO 9 – Continuando o tratamento**

---

### **Agenda**

- Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores e das tarefas de casa.
- Treino e utilização de escalas de automonitoramento.
- Reforço da prática de estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Exercícios para casa,
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Durante a revisão, aproveita para fazer o questionamento socrático, sugerir experimentos comportamentais e lembretes e outros exercícios cognitivos. Em função dos avanços de cada um, sugere preliminarmente os exercícios da próxima semana, que serão revisados ao final da sessão. Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de certos temas, o terapeuta poderá proceder a uma breve explanação. Se não houver solicitações, o terapeuta passará a revisar as tarefas e os exercícios em subgrupos. Para esse tipo de atividade, é interessante contar com o auxílio de co-terapeutas.

### **Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores**

Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de alguns temas, o terapeuta faz a explanação, utilizando, sempre que possível, exemplos do próprio grupo. O debate e a participação de todos são estimulados.

### **Exercícios para reforço das tarefas de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Caso nenhuma revisão tenha sido solicitada, a sessão pode ser inteiramente prática, centrada na discussão das listas individuais, tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos. Pode-se fazer essa atividade com os pacientes divididos em subgrupos.

### **Automonitoramento**

O terapeuta reserva aproximadamente 20 minutos da sessão para o treino relativo ao preenchimento das planilhas de automonitoramento (página 77). O instrumento é composto por quatro escalas semanais, com escores diários, que devem ser preenchidas ao final de cada dia pelo próprio paciente, marcando com um ponto ou um “x” a altura correspondente ao escore. Ao unir os pontos com linhas, será possível visualizar o curso dos sintomas, do bem-estar, o tempo despendido nos exercícios, e monitorar os possíveis avanços, retrocessos ou a estabilidade dos sintomas. O automonitoramento permite, ainda, visualizar eventuais recaídas, possibilitando a sua correlação com eventos externos estressores ou situações ativadoras. As planilhas são um instrumento útil para a prevenção de lapsos ou recaídas, tema da sessão seguinte.

O terapeuta explica cada uma das quatro escalas que compõem o instrumento e solicita que cada paciente preencha as colunas referentes ao dia anterior. Solicita, ainda, que cada um comente suas notas.

**Tarefas para casa**

Os pacientes deverão anotar seus exercícios nas linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---

---

---

---

---

2) Exercícios cognitivos:

---

---

---

---

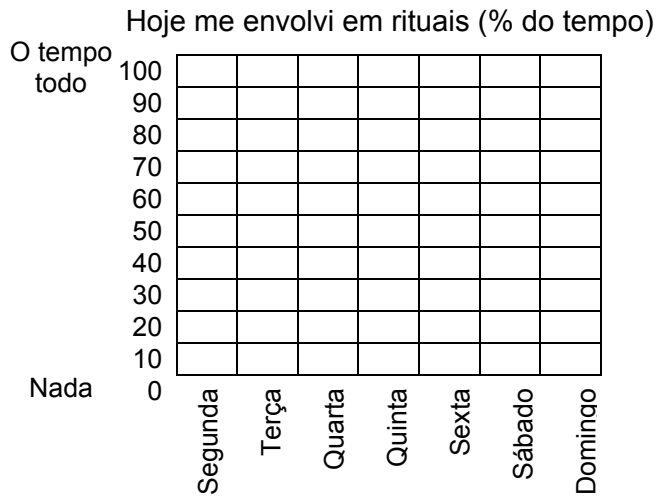
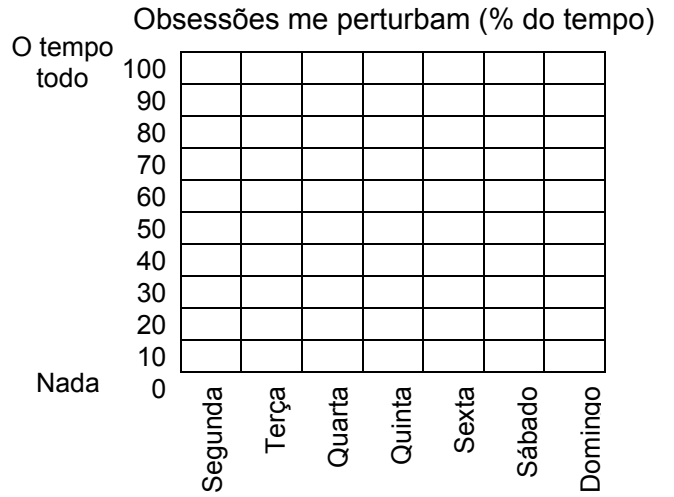
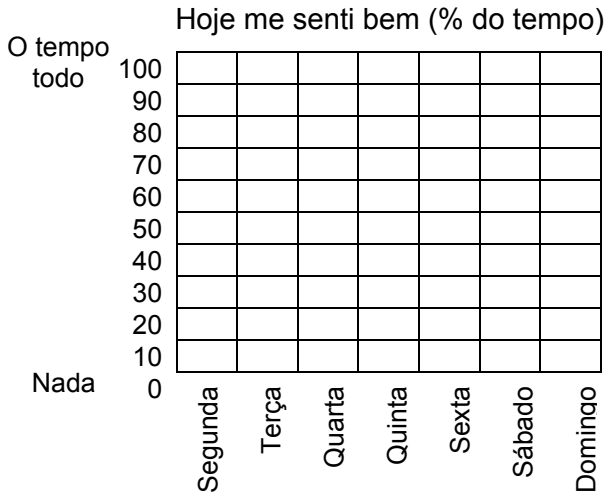
---

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, útil ou importante para si.

### Planilhas de automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas.** Ao observar grandes mudanças (flutuações) no gráfico, verifique o motivo ou a situação que provocou a alteração, sendo esta para mais ou para menos e anote a seguir.

---

---

---

---

---

## **SESSÃO 10 – Prevenção de recaídas e reforços**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo relativos ao TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Inicialmente, é feita a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Cada paciente mostra para o grupo sua planilha de automonitoramento e comenta os escores atribuídos, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas.

### **Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, sugere estratégias cognitivas, exercícios comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para ouvir sugestões.

### **Revisão de tópicos do TOC (opcional)**

Alguns tópicos do TOC podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### **PREVENÇÃO DE RECAÍDAS**

Mesmo depois de o paciente ter praticamente eliminado todos os sintomas, são comuns episódios isolados, de curta duração, de realização de rituais ou evitações – os chamados lapsos, que ocorrem por distração, descuido ou mesmo falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos podem ser interpretados pelo paciente como recaídas ou como o fracasso de todo o tratamento, eventualmente provocando descrença quanto à capacidade de, um dia, eliminar por completo os sintomas. Mas é justamente em função dessa descrença que o paciente pode dar espaço a uma recaída. Pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase da mudança, quando os rituais constituem verdadeiros hábitos. No entanto, é importante que o paciente conheça algumas estratégias de prevenção de recaídas.

### **Estratégias de prevenção de recaídas**

1. Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais, para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, hora de chegar em casa para os que têm obsessões por contaminação.

2. Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento, a fim de 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 aos quais estava habituado. Para livrar-se do TOC é necessária uma vigilância constante, especialmente nas situações de risco (gatilho).
  - Planejar com a 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: nas situações de risco, procurar se entreter com outros pensamentos ou atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar; evitar a focalização da atenção no conteúdo da obsessão e a hipervigilância, procurando distrair-se e não pensar.
  - Conversar consigo mesmo, dando ordens: “Você tem condições de se controlar”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada”, “Esqueça a torneira” 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 (rituais ou evitações eventuais). Exemplo: “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 as crenças de fraqueza, de ser incapaz de autocontrole (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, sempre acompanhadas de sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. Lembre que lapso não é recaída!
5. Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com seu terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revise-os: o que provocou o lapso, pensamentos automáticos/crenças e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas, etc.
6. Se estiver utilizando medicamentos, suspenda-os somente se seu médico concordar.
7. Participar das associações de portadores de TOC e procurar manter-se sempre atualizado sobre eventuais conhecimentos novos.

### **Tarefas para casa**

1) Identificação de situações ativadoras de rituais, de obsessões ou de evitações (gatilhos). Liste a seguir as principais situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas:

---

---

---

---

---

2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo:

---

---

---

---

---

3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

4) Liste a seguir as tarefas de exposição e prevenção da resposta da semana.

---

---

---

---

---

---

---

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou de mais relevante, útil ou importante para si.



## **SESSÃO 11 – Sessão de reforço**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo, relacionados com o TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Os pacientes relatam perante o grupo os exercícios de exposição e prevenção da resposta que realizaram durante a semana; mostram as planilhas de automonitoramento, a lista de situações gatilho e os lembretes. Cada paciente comenta os escores que atribuiu, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas. O terapeuta estimula um esforço final, no sentido de superar os últimos obstáculos e conquistar o que ainda falta para o domínio completo dos sintomas, e a troca de experiências e incentivos entre os participantes. A partir da observação, incentiva que todos tentem reduzir ao máximo os escores dos sintomas na última semana de tratamento.

A partir da lista de situações gatilho, o terapeuta sugere estratégias específicas e individuais para combater eventuais lapsos ou recaídas: vigilância, preparar estratégias com antecedência, decidir antes como se comportar, etc.

### **Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, utiliza técnicas cognitivas, sugere experimentos comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para darem sugestões.

### **Revisão de tópicos do TOC (opcional)**

Alguns tópicos do TOC (crenças disfuncionais, técnicas comportamentais, modelo cognitivo, questionamento socrático, etc.) podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### **Prevenção de recaídas**

Revisar novamente os conceitos das pág. 78 e 79.

**Tarefas para casa**

- 1) Identificação de situações ativadoras de rituais, obsessões, evitações (gatilhos).  
Liste novamente, no espaço a seguir, situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas.

---

---

---

---

---

- 2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo.

---

---

---

---

---

- 3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

- 4) Tarefas de exposição e prevenção da resposta para a semana:

---

---

---

---

---

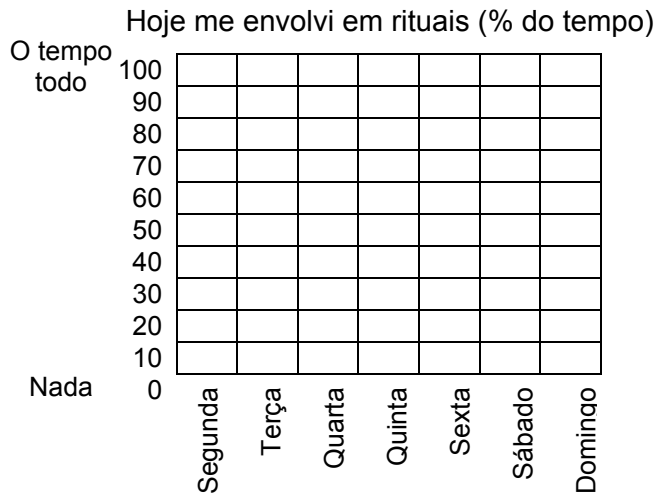
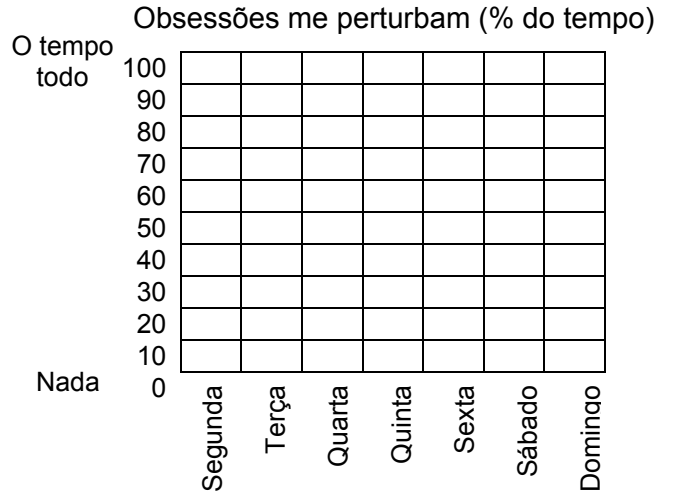
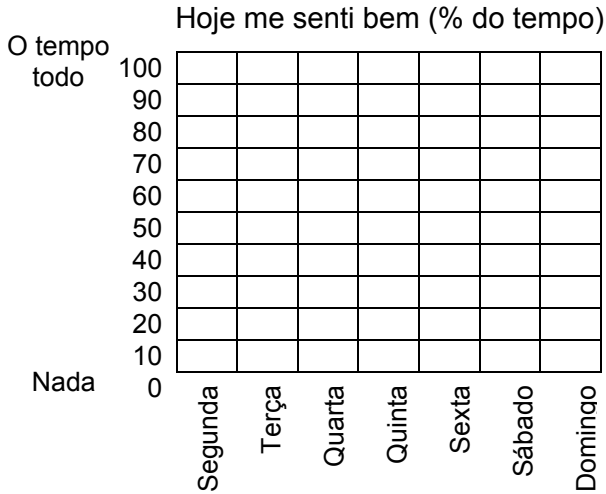
- 5) Lembre que a próxima sessão é a de encerramento, cujo tema principal será a avaliação do tratamento. Para isso, é de extrema importância o comparecimento de todos.

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, útil ou importante para si.

### Planilhas de automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas.** Ao observar grandes mudanças (flutuações) no gráfico, verifique o motivo ou a situação que provocou a alteração, sendo esta para mais ou para menos e anote a seguir.

---

---

---

---

---

## **SESSÃO 12 – Sessão final: avaliação da terapia**

---

### **Agenda**

- Avaliação da terapia pelos participantes, críticas e sugestões.
- Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo; sugestão de tarefas de prevenção de recaídas.
- Recursos da comunidade: AGATOC, associações de portadores e ex-pacientes, leituras adicionais, sites na Internet.
- Combinação dos encontros futuros de revisão.

### **Avaliação da terapia pelos participantes**

O terapeuta prepara, com antecedência, um pequeno questionário sobre a TCC em grupo e solicita o seu preenchimento pelos participantes. Em seguida, as respostas são discutidas com todo o grupo. De maneira mais informal, o terapeuta pode solicitar que cada participante dê seu depoimento, comentando o aproveitamento, os conhecimentos adquiridos, a redução obtida (ou não) nos sintomas, a melhora da qualidade de vida, a participação da família, o que mais gostou no grupo e o que não gostou, os exercícios que considerou de maior utilidade (exposição, prevenção da resposta, cognitivos) e os que se revelaram sem utilidade, o ambiente grupal, etc. Solicita, ainda, sugestões dos participantes para melhorar a técnica.

### **Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo, sugestão de tarefas de prevenção de recaídas**

À medida que cada paciente vai fazendo sua avaliação do grupo, o terapeuta solicita que mostre as escalas de automonitoramento, lembre as situações gatilho e as estratégias de prevenção de recaídas, aproveitando para destacar os pontos nos quais o paciente deve concentrar seus esforços e se manter vigilante. O terapeuta faz sua própria avaliação do aproveitamento de cada paciente, salientando em especial os progressos alcançados e dando sugestões individualizadas sobre a eventual necessidade de continuar o tratamento, o uso de medicação associada, prevenção de recaídas, etc.

### **Recursos da comunidade, manutenção do tratamento, encontros futuros de revisão**

Finalmente são lembrados os recursos da comunidade para o tratamento do TOC e combinados os encontros futuros de revisão, planejados ou não em função dos recursos da instituição. O terapeuta faz sua avaliação final do grupo como um todo, agradece pela assiduidade, pontualidade, dedicação, avaliações e sugestões, e encerra a sessão e a terapia.

## Bibliografia

---

- Baer L. Getting control - overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume, 2000.
- Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press, 1976.
- Beck AT, Emery G, Grenberg RL. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Basic Books, 1985.
- Cordioli AV, Braga DT, Margis R, de Souza MB, Kapczinski F. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. Revista de Psiquiatria Clínica 2001; 28:197-206.
- Cordioli AV. *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* – Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer BA. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1993; 181:189-93.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thoughts: a controlled study. J Consult Clin Psychol 1997; 65:405-13.
- Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. Behav Res Ther 1996;34:433-46.
- Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cognit Ther Res 1990;14:449-68.
- Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 1997;35(4):291-6.
- Hodgson R, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. Behav Res Ther 1972;10:111-7.
- Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé D. Correction of inflated responsibility in the treatment of inflated responsibility disorder. Behav Res Ther 1996;34(6):767-74.
- Lavy E, Van Den Hout M. Thought suppression induces intrusion. Behav Psychother 1990;18:251-8.
- Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. Behav Res Ther 1995;33(6):673-84.
- Marks IM, 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 1975;127:349-64.
- Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. Psychological Review 1939;46:553-66.
- OCCWG - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 1997;9:667-81.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1998;36:385-401.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1997;35(9):793-802.

- Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48.
- Rachman SJ, de Silva P, Röper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 1976;14:445-53.
- Rhéaume J, Freeston MH, Dugas M, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 1995;33:785-94.
- Röper G, Rachman S, Hogdson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 1973;11:271-7.
- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985;23:311-3.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989;27(6):677-82.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:29-52.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998;173 (suppl.35):53-63.
- Shafran R, Thordarson D, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 1995;10:379-92.
- Steketee G. *Overcoming obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger Pub., 1999.
- Torres AR. *Medos, dúvidas e manias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;33(1):79-87.
- Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* 1998;7:272-80.
- Van Noppen B, Steketee G, McCorkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders* 1997;11:431-46.