

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CECÍLIA ADAUTA DINIZ DE SOUZA

O COMPORTAMENTO DO PACIENTE OBSESSIVO-COMPULSIVO E SUAS
CONSEQUÊNCIAS PERANTE A SOCIEDADE

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CECÍLIA ADAUTA DINIZ DE SOUZA

O COMPORTAMENTO DO PACIENTE OBSESSIVO-COMPULSIVO E SUAS
CONSEQUÊNCIAS PERANTE A SOCIEDADE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professora Orientadora: Bruna Moretti Luchesi

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado O COMPORTAMENTO DO PACIENTE OBSESSIVO-COMPULSIVO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PERANTE A SOCIEDADE de autoria do aluno CECÍLIA ADAUTA DINIZ DE SOUZA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Ms. Bruna Moretti Luchesi
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

“Para conhecermos os amigos é necessário passar pelo sucesso e pela desgraça. No sucesso, verificamos a quantidade e, na desgraça, a qualidade”.

Confúcio

AGRADECIMENTOS

Considerando esta monografia como resultado de uma caminhada árdua, agradecer pode não ser tarefa fácil, nem justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem sou hoje.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	07
2 - CONCEITO DE TOC	08
2.1 - Conceitos de Obsessões e Compulsões	10
3 - MÉTODO	16
4 – RESULTADOS	17
4.1 - Diagnóstico do TOC	17
4.2 - Causas que podem levar ao tratamento do TOC	18
4.3 - Como tratar um paciente com TOC	20
4.4 - A dúvida quanto a genética	20
4.5 - A influência da família no tratamento	21
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25

RESUMO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno cujos sintomas, de um modo geral, têm um forte impacto na vida do indivíduo portador e dos seus familiares, já que interfere no dia a dia, nos compromissos sociais e no trabalho. Na busca por evitar conflitos, os membros da família optam, muitas vezes, em se acomodar aos sintomas e às exigências do paciente, e até mesmo apoiando a realização dos rituais e dos comportamentos que podem ser evitados. O presente trabalho é de natureza descritiva e se caracteriza como uma revisão de material acerca da temática do TOC. A metodologia utilizada para a realização do mesmo constou de uma pesquisa que envolve a busca por fontes bibliográficas, sites e matérias desenvolvidas em revistas especializadas, acrescido de outras obras de autores que desenvolveram o tema sugerido, bem como o uso de informações constadas em sites da internet visando proporcionar o conhecimento sobre as distorções do pensamento típicas desse quadro, assim como estratégias para vencê-las.

Palavras-Chave: Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); genética; relação familiar; tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno cujos sintomas, de um modo geral, têm um forte impacto na vida do indivíduo portador e dos seus familiares, já que interfere no dia a dia, nos compromissos sociais e no trabalho. Na busca por evitar conflitos, os membros da família optam, muitas vezes, em se acomodar aos sintomas e às exigências do paciente, e até mesmo apoiando a realização dos rituais e dos comportamentos que podem ser evitados (DOMINGUEZ; MESTRE, 1994).

O grau de acomodação é maior especialmente no caso de sintomas graves e diante de outros conflitos entre os membros da família. Por todos esses motivos o TOC é uma doença familiar, tal o impacto que ele exerce sobre todo o grupo. Devido a forma como esse problema é encarado, a ciência está procurando esclarecer se existe ou não alguma herança genética e de que forma ela ocorrer, pois é muito comum que existam várias pessoas apresentando os sintomas numa mesma família. Não se sabe se isso ocorre por força de herança genética ou da influência que um membro podem ter sobre os outros (no caso, a chamada aprendizagem social).

O presente trabalho tem como objetivo trazer algumas informações sobre o transtorno propriamente dito, a influência dos sintomas obsessivo-compulsivos no dia a dia dos demais membros da família e ao mesmo tempo discutir as atitudes que podem auxiliar o paciente a vencê-los ou que eventualmente favorecem a perpetuação do transtorno. A metodologia utilizada para a realização do mesmo constou de uma pesquisa que envolveu a busca por fontes bibliográficas, sites e matérias desenvolvidas em revistas especializadas, considerando a atualidade do tema e as mudanças que a ciência tem realizado quanto às recentes descobertas.

2 Conceito de TOC

De acordo com Baer (1993, p.10):

“(...)o TOC é um transtorno mental incluído pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) entre os chamados transtornos de ansiedade, manifestando-se sob a forma de alterações do comportamento (rituais ou compulsões, repetições, evitações), dos pensamentos (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão)”.

A principal característica desse distúrbio é a presença de obsessões: pensamentos, imagens ou impulsos que invadem a mente e que são acompanhados de ansiedade ou desconforto, e das compulsões ou rituais: comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, realizados para reduzir a aflição que acompanha as obsessões (ROSÁRIO-CAMPOS, 1998).

Aproximadamente entre cinco e sete milhões de pessoas nos Estados Unidos têm TOC de acordo com o New York Times, sendo que esse número pode ser até maior, chegando a representar de 2% a 3% da população do país (DOMINGUEZ; MESTRE, 1994).

Dentre as obsessões mais comuns estão a preocupação excessiva com limpeza, que é seguida de lavagens repetidas; e as dúvidas (obsessão), que são seguidas de verificações (compulsão).

Como citado no parágrafo anterior, os componentes do TOC podem ser divididos em duas categorias principais: obsessões e compulsões. Pensamentos obsessivos produzem uma resposta compulsiva na forma de rituais frequentemente realizados.

Infelizmente, esse pensamento obsessivo (no caso achar que as mãos estão sempre sujas) é praticamente impossível de se livrar, sendo ou não fundamentado na realidade. Alguns rituais envolvem ação física enquanto outros ocorrem mentalmente, como contar estrelas ou o número de palavras que uma pessoa diz (MIRANDA; BORDIN, 2001).

Segundo Jenike (1993) um indivíduo portador do TOC se sente cercado por desordem e pelo desconhecido e os ritos permitem que se sinta mais no controle. Muitas pessoas com o transtorno têm uma espécie de "número mágico" que aplicam em diferentes ações, seja elas tocar um objeto ou mastigar o alimento um determinado número de vezes. Além da lavagem repetida

das mãos, os rituais comuns incluem tocar maçanetas de portas e outros objetos, trancar e destrancar portas e arrumar objetos de uma maneira simétrica ou ordenada. Algumas pessoas com TOC são obcecadas por limpeza e ordem, enquanto outras podem ser acumuladoras, incapazes de se desfazer de qualquer coisa (PICINELLI; PINI; BELLANTUONO, 1995).

Uma subcorrente comum do TOC é sentir-se atormentado pela dúvida. Os pensamentos de duvidar das coisas se tornam obsessivos a tal ponto de levar alguém com o transtorno a precisar de reafirmação constante que alguma coisa está no lugar certo ou que um aparelho está desligado. Ao passo que uma pessoa normal pode imaginar se seu carro está trancado, em seguida lembrar-se que está e ir embora, alguém com TOC ficaria tão abalado pela dúvida que mesmo uma ou várias idas ao carro não atenuariam seus medos. Essa falta de certeza, especialmente com relação à própria segurança ou de outros, é uma característica comum da doença (GRADY apud JENIKE, 1993).

Os pensamentos obsessivos de um paciente de TOC muitas vezes vão contra a ética pessoal, religiosa ou social. Tais pensamentos podem ser sobre ferir outras pessoas ou se envolver em atos inadequados. Algumas pessoas com o transtorno são obcecadas com a ideia de que suas ações (ou falta de ação) possam prejudicar os outros.

Além do tormento da ansiedade, o TOC pode ser prejudicial, pois os rituais podem consumir a vida tomando horas do dia e afetando os relacionamentos profissionais e sociais. A simples perspectiva de sair de casa pode parecer impossível para alguém que precisa tomar banho durante horas para se sentir limpo. Os efeitos tangíveis do transtorno podem incluir calvície decorrente de puxar os cabelos, problemas na pele devido à lavagem excessiva das mãos como também pode haver um predomínio de comportamentos compulsivos, ritualísticos, como verificações (porta, janelas, ferro de passar, torneiras), limpeza, organização, simetria, colecionismo (JENIKE, 1993).

2.1 Conceito de obsessões e compulsões

Rosário-Campos (1998) afirma que:

“Obsessões são pensamentos ou impulsos que invadem a mente de forma repetitiva e persistente. Podem ainda ser imagens, palavras, frases, números, músicas, etc. Sentidas como estranhas ou impróprias, as obsessões geralmente são acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer. O indivíduo, no caso do TOC, mesmo desejando ou se esforçando, não consegue afastá-las ou suprimi-las de sua mente.”

Apesar de serem consideradas absurdas ou ilógicas, causam ansiedade, medo, aflição ou desconforto que a pessoa tenta neutralizar realizando rituais ou compulsões, ou através de evitações (não tocar, evitar certos lugares). As obsessões mais comuns envolvem a preocupação excessiva com sujeira, germes ou contaminação, simetria, exatidão, ordem, sequência ou alinhamento, preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar, com doenças ou com o corpo, pensamentos supersticiosos, preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários (podem provocar desgraças), palavras, nomes, cenas ou músicas intrusivas e indesejáveis (ROSÁRIO-CAMPOS, 1998).

Compulsões ou rituais são comportamentos/atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões, ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os exemplos mais comuns são lavar as mãos, fazer verificações, contar, repetir frases ou números, alinhar, guardar ou armazenar objetos sem utilidade, repetir perguntas, etc. As compulsões aliviam momentaneamente a ansiedade associada às obsessões, levando o indivíduo a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão. Por esse motivo se diz que as compulsões têm uma relação funcional (de aliviar a aflição) com as obsessões. E, como são bem sucedidas, o indivíduo é tentado a repeti-las, ao invés de enfrentar seus medos, o que acaba por perpetuá-los, tornando-se ao mesmo tempo prisioneiro dos seus rituais (PIGOTT; SEAY, 1999).

Nem sempre as compulsões têm uma conexão realística com o que desejam prevenir. Nesses casos, por trás desses rituais existe um pensamento ou obsessão de conteúdo mágico, muito semelhante ao que ocorre nas superstições. Os dois termos (compulsões e rituais) são utilizados praticamente como sinônimos, embora o termo “ritual” possa causar alguma confusão, pois praticamente todas as religiões e diversos grupos culturais adotam comportamentos ritualísticos e contagens nas suas práticas, como por exemplo, ajoelhar-se três vezes, rezar seis ave-marias, ladainhas, rezar três ou cinco vezes ao dia, benzer-se ao passar diante de uma igreja. Existem rituais para batizados, casamentos, funerais, etc. Além disso, certos costumes culturais,

como a cerimônia do chá entre os japoneses, o cachimbo da paz entre os índios, ou um funeral com honras militares, envolvem ritos que lembram as compulsões do TOC. Por esse motivo, há certa preferência para o termo “compulsão” quando se fala em TOC. De acordo com Rosário-Campos (1998), as compulsões mais comuns são: de lavagem ou limpeza, verificações ou controle, repetições ou confirmações, ordem, simetria, sequência ou alinhamento, tocar, olhar, bater de leve, confessar, estalar os dedos (JENIKE, 1993).

Uma das preocupações mais comuns no TOC relaciona-se com a possibilidade de falhar e, em consequência, ocorrer algum desastre ou dano. Esta preocupação se manifesta sob a forma de dúvidas, necessidade de ter certeza ou intolerância à incerteza, as quais, por sua vez, levam a pessoa a realizar verificações ou repetições como forma de ter certeza e aliviar-se da aflição (JENIKE, 1993).

Quando o sofrimento associado à dúvida é grande, alguns portadores do TOC simplesmente se esquivam de situações de responsabilidade. Preferem não sentir a necessidade de realizar verificações, evitando, por exemplo, sair por último do local do trabalho, não sendo, assim, responsáveis por desligar os equipamentos ou por fechar as portas (PICINELLI; PINI; BELLANTUONO, 1995).

Leonard (1997) acredita que certas características pessoais, como um senso exagerado de responsabilidade e conseqüentemente medo de cometer falhas, dificuldade de conviver com incertezas, como comentamos, e um elevado nível de exigência (perfeccionismo) desempenham um papel importante no surgimento e na manutenção das obsessões de dúvida e da necessidade de executar verificações.

As verificações devem ser consideradas sintomas de TOC quando repetidas ou quando o indivíduo sente grande aflição caso seja impedido de executá-las. As situações mais críticas, nas quais o impulso de realizá-las é mais intenso são: a hora de sair de casa, antes de deitar, ao estacionar o carro e ao sair do trabalho. As verificações mais comuns, ainda de acordo com Leonard (1997) são verificar:

- Portas e janelas antes de deitar ou ao sair de casa;
- Se as torneiras estão bem fechadas, seguido da necessidade de apertá-la (às vezes de forma demasiada, a ponto de quebrá-la) ou de passar a mão por baixo para se certificar de que não está saindo nenhuma gota de água;

- As lâmpadas, acendendo e apagando novamente lâmpadas apagadas; ligando e desligando o celular ou a TV de novo, com receio de que não tenham ficado “bem” desligados;
- A bolsa ou a carteira, para certificar-se que não faltam documentos, chaves, etc.;
- Se atropelou ou não com o carro alguém que passava na calçada ou ao lado, seguida da necessidade de verificar no espelho retrovisor ou até mesmo de refazer o trajeto para certificar-se de que o fato não ocorreu;
- Se as portas e os vidros do carro ficaram bem fechados, testando cada uma delas mesmo vendo que os pinos de segurança estão abaixados.

É comum que, além de fazer verificações repetidas, os pacientes toquem com as mãos ou olhem demoradamente os objetos (botões do fogão, torneira do gás, portas da geladeira, lâmpadas). Esses comportamentos não deixam de ser formas sutis de verificação e de eliminação de dúvidas (PICINELLI; PINI; BELLANTUONO, 1995).

As compulsões associadas a dúvidas também podem ser mentais, como reler várias vezes um texto ou parágrafo e recitá-lo mentalmente para ver se foi memorizado corretamente, visualizar repetidamente uma mesma cena ou, ainda, repetir mentalmente uma conversa para garantir que nenhum detalhe tenha sido esquecido, revisar várias vezes um cheque assinado para que não contenha nenhum erro, revisar repetidamente listas para que nada seja esquecido (PIGOTT; SEAY, 1999).

No TOC são bastante comuns pensamentos ou impulsos impróprios, cenas de conteúdo agressivo ou violento. Alguns exemplos podem ser mencionados abaixo como:

- Atirar o bebê pela janela;
- Intoxicar o filho com venenos domésticos, como raticidas ou gás;
- Empurrar alguém (uma pessoa idosa, uma criança) escadaria abaixo;
- Jogar o carro em cima de um pedestre;
- Atropelar pessoas idosas;

Como forma de diminuir a aflição e o medo que acompanha essas obsessões, os portadores do TOC, além de tentar afastá-las da cabeça, devem adotar medidas para impedir que possam vir a acontecer.

Kobak, Greist e Jefferson (1998) ainda afirmam que são comuns pensamentos, impulsos intrusivos e impróprios ou cenas de conteúdo sexual como:

- Fixar os olhos nos genitais de outras pessoas;
- Molestar sexualmente crianças;
- Ter uma relação sexual com um irmão, irmã pais, tios;
- Violentar sexualmente uma pessoa conhecida ou desconhecida;
- Praticar sexo violento ou sexo perverso (até mesmo com animais, por exemplo).

Vale destacar que fantasias sexuais de conteúdo excitante e prazeroso, quando folhear uma revista, assistir a uma cena ou filme de conteúdo erótico, ou enxergar uma pessoa sexualmente atraente, fazem parte da vida mental, e não só devem ser consideradas normais como representam um sinal de saúde.

No caso das obsessões de conteúdo sexual impróprio do TOC são sensações acompanhadas de aflição ou angústia, são desagradáveis, e consideradas claramente impróprias ou antinaturais e contrariam os próprios desejos e princípios dos seus portadores. Por esses motivos a consequência imediata, em vez do desejo, excitação ou prazer, é a angústia a aflição, o medo e até a depressão. Por esse motivo são adotadas medidas destinadas a neutralizar esses sentimentos desagradáveis como lutar contra esses pensamentos e tentar afastá-los (KOBAK; GREIST; JEFFERSON, 1998).

A preocupação com sujeira, germes, doenças e contaminação é o tema dominante nos pensamentos e preocupações dessas pessoas. Elas os transformam em cuidados e precauções excessivas e impõem esses cuidados aos demais membros da família. Muitas vezes tais exigências podem causar conflitos constantes, o que pode comprometer a harmonia conjugal e familiar (LEONARD, 1997).

Nem sempre as evitações estão necessariamente associadas ao receio de contrair doenças ou ao medo de contaminação por germes ou pesticidas. Alguns pacientes referem que evitam tocar em certos objetos, apenas por nojo ou repugnância: por exemplo, tocar em carne, gelatina, colas, urina, sêmen, sem que necessariamente tenham medo de contrair alguma doença específica, ou que passe pela sua cabeça algum pensamento catastrófico específico. O interessante é que esses sintomas também podem desaparecer com o mesmo tratamento – a terapia de exposição e prevenção de rituais utilizada para o tratamento dos demais sintomas do TOC (LEONARD, 1997).

Contar mentalmente é bastante comum em momentos de ansiedade (JENIKE, 1993), como durante a espera de um elevador ou de um resultado de uma prova, ou mesmo na fila do

banco. Essas contagens e repetições são normais, porque podem ser interrompidas a qualquer momento, sem causar aflição.

Em portadores do TOC é comum a necessidade de contar mentalmente enquanto realiza uma determinada atividade ou de repetir certas tarefas ou certos comportamentos: contar as janelas dos edifícios; repetir uma reza um número exato de vezes antes de deitar, lavar cada lado do corpo ou escovar os dentes três vezes, ler letreiros ou placas da rua, somar os números das placas dos carros na rua (e eventualmente tirar os nove fora). Outras repetições eventualmente são realizadas num determinado número previamente determinado. Ler ou reler o mesmo parágrafo ou página de um jornal ou de um livro, pôr e tirar uma determinada peça de roupa, atar e desatar o cadarço dos sapatos, apagar e acender a luz, sentar e levantar da cadeira, entrar e sair de uma peça da casa, esfregar o sabonete ou passar o xampu no cabelo um número “X” de vezes, são alguns exemplos muito comuns (MIRANDA; BORDIN, 2001).

O pensamento que está por trás de tais contagens e repetições é de que algo ruim poderá acontecer se tais atos não forem executados na forma ou no número exato de vezes ou pré-determinado, e somente procedendo dessa maneira ritualística você conseguirá impedir o pior. E, se por acaso se distrai, erra a contagem ou não segue exatamente a sequência estabelecida, recomeça tudo, até executar o número exato previamente estabelecido, o que faz com que se sinta um verdadeiro prisioneiro de seus medos e dos seus rituais. Essas repetições podem tomar muito tempo atrasando sua saída mais de casa ou seu trabalho (AGID; LERER, 1999).

Manter os papéis em cima da escrivaninha ou as roupas nas prateleiras do guarda roupa numa certa ordem é desejável. Mas quando se perde muito tempo alinhando objetos no armário do banheiro, os livros na estante, os pratos e talheres na mesa, ou quando qualquer objeto fora do lugar ou não provoca grande aflição e desencadeando o impulso de alinhá-lo, estamos diante de mais um típico sintoma do TOC (MIRANDA; BORDIN, 2001).

Também é comum ter que realizar determinadas tarefas numa determinada sequência ou de acordo com uma certa regra. Uma paciente, ao entrar em casa, sentia-se obrigada a contar os quadros da sala em uma determinada ordem (sempre a mesma); uma outra se obrigava ao entrar no edifício e em seu apartamento fazendo sempre o mesmo trajeto: passando entre duas colunas e depois, no apartamento, repassar na mesma ordem todas as peças da casa; um outro paciente tinha uma detalhada sequência de procedimentos antes do banho: alinhava as roupas em uma certa ordem sobre uma banquetta, colocava o tapete de borracha exatamente no centro do boxe e

alinhava outro tapete do lado de fora, consumindo entre 10 e 15 minutos nesse ritual (MIRANDA; BORDIN, 2001).

É comum, em portadores do TOC, a lentidão ao executar tarefas. Essa lentidão pode ocorrer em razão de dúvidas, repetições para “fazer a coisa certa ou exata...” (tirar e colocar a roupa várias vezes, sentar e levantar, sair e entrar, etc.), verificações repetidas (trabalho, listas, documentos), banho demorado, tempo demorado para se arrumar (perfeccionismo), ou do adiamento de tarefas devido à indecisão (necessidade de ter certeza).

Na busca por evitar conflitos, os membros da família optam, muitas vezes, em se acomodar aos sintomas e às exigências do paciente, e até mesmo apoiando a realização dos rituais e dos comportamentos que podem ser evitados.

Uma pesquisa verificou que mais de 40% dos familiares de pacientes com TOC haviam modificado suas rotinas. No caso de o paciente ser o esposo, 88,2% das esposas tinham se acomodado aos sintomas. O grau de acomodação é maior especialmente no caso de sintomas graves e diante de outros conflitos entre os membros da família. Por todos esses motivos muitos consideram o TOC uma doença familiar, tal o impacto que ele exerce sobre todo o grupo. Devido a forma como esse problema é encarado, a ciência está procurando esclarecer se existe ou não alguma herança genética e de que forma ela ocorre, pois é muito comum que existam várias pessoas apresentando os sintomas numa mesma família. Não se sabe se isso ocorre por força de herança genética ou da influência que um membro pode ter sobre os outros (no caso, a chamada aprendizagem social).

Considerando a atualidade do tema e as mudanças que a ciência tem realizado quanto às recentes descobertas, o presente trabalho tem como objetivo geral: descrever informações sobre o TOC e a influência dos sintomas no dia-a-dia dos membros da família do paciente. Os objetivos específicos foram:

- Analisar publicações sobre o TOC;
- Analisar publicações sobre o diagnóstico, causas e tratamento do TOC;
- Analisar publicações sobre a influência dos sintomas do TOC no dia-a-dia dos membros da família do paciente;

3 MÉTODO

O presente trabalho é de natureza descritiva e se caracteriza como uma revisão de material acerca da temática do TOC.

A metodologia utilizada para a realização do mesmo constou de uma pesquisa que envolve a busca por fontes bibliográficas, sites e matérias desenvolvidas em revistas especializadas, acrescido de outras obras de autores que desenvolveram o tema sugerido, bem como o uso de informações constadas em sites da internet visando proporcionar o conhecimento sobre as distorções do pensamento típicas desse quadro, assim como estratégias para vencê-las.

Até recentemente o TOC não respondia à maioria dos tratamentos. Entretanto, atualmente abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tiveram a eficácia estabelecida para essa condição.

4 RESULTADOS

Os resultados das buscas e análises serão apresentados em tópicos:

- 4.1 - Diagnóstico do TOC
- 4.2 - Causas que podem levar ao tratamento do TOC;
- 4.3 - Como tratar um paciente com TOC;
- 4.4 – A dúvida quanto a genética;
- 4.5 - A influência da família no tratamento;

4.1 Diagnósticos do TOC

O TOC normalmente aparece no início da idade adulta, embora crianças também possam tê-lo. Em tais casos, o transtorno em geral aparece por volta dos 10 anos de idade. As causas reais da doença permanecem desconhecidas, ainda que provavelmente haja um componente hereditário. O **estresse** também parece aumentar a chance do indivíduo desenvolver o TOC, enquanto muitos pensamentos e rituais relacionados ao TOC podem eles próprios infligir um estresse enorme.

O transtorno pode ser diagnosticado apenas através de uma entrevista clínica com um médico, quando o especialista irá fazer uma variedade de perguntas sobre seu comportamento e histórico médico para estabelecer um diagnóstico.

Uma pesquisa pode oferecer aos médicos novas ferramentas na identificação da doença e na suscetibilidade de uma pessoa para desenvolvê-la. A nova técnica depende de varreduras de **Ressonância Nuclear Magnética Funcional**, que permitem ver as áreas do cérebro conhecidas por estar associadas ao TOC. Essas áreas também estão associadas com a Doença **de Parkinson**. No cérebro de um portador do transtorno, a área ligada à tomada de decisões básicas se torna altamente ativa à medida que o paciente se esforça para fazer escolhas.

Os pensamentos obsessivos podem ser divididos em quatro tipos principais. Primeiro, há a obsessão com **germes**, comumente associada com o TOC. Depois há a necessidade das coisas permanecerem no lugar certo, muitas vezes, de uma maneira que produz simetria aceitável. O terceiro tipo é a dúvida, como a sensação de que você pudesse esbarrar em um pedestre ou constantemente precisar confirmar se um aparelho não foi deixado ligado. Por fim, há

pensamentos importunos e prementes que não vão embora - desconfortáveis impulsos sexuais ou o desejo de cometer um ato violento.

Nem toda compulsão é evidência de TOC. Por exemplo, muitas pessoas comem as unhas como um hábito regular. Pode haver um elemento relaxante em fazer isso (como ao comer unhas diminuir a compulsão por fazê-lo), mas por si só roer unhas não é uma evidência de transtorno. O TOC provoca ansiedade e produz imagens, pensamentos, compulsões e um nível patológico de dúvida indesejáveis.

Os sintomas do TOC podem regredir com o tempo ou tratamento adequado, mas em geral a condição é crônica e muitas pessoas precisam lutar contra ela a vida inteira. Além das horas consumidas em rituais, a esmagadora pressão de realizar essas ações e o constrangimento público que elas podem produzir faz com que as pessoas se fechem em si mesmas, receosas de se engajar no mundo e encontrar amigos ou a família. Esse estado é conhecido como agorafobia, um medo de lugares lotados.

4.2 Causas que podem levar ao desenvolvimento do TOC

Apesar de ser multicausal, é cada vez mais evidente a conexão do TOC com fatores de natureza biológica envolvendo aspectos genéticos, neuroquímica cerebral, lesões ou infecções cerebrais, fatores psicológicos e até culturais.

Na medida em que as pesquisas avançam tem ficado mais evidente a importância dos fatores de natureza biológica. As evidências neste sentido são o fato de o TOC ocorrer após traumatismos, lesões ou infecções cerebrais; ser muito comum que numa mesma família existam vários indivíduos acometidos sugerindo uma predisposição genética.

Além destes fatos, houve uma importante descoberta de que determinados medicamentos que estimulam de alguma forma a chamada função serotoninérgica cerebral reduzem os sintomas de TOC. Este último fato sugere a existência de um distúrbio neuroquímico do cérebro envolvendo o funcionamento das vias nervosas que utilizam a serotonina (substância que existe naturalmente no cérebro) para transmitir seus impulsos.

Observa-se ainda que certas zonas cerebrais são hiperativas em portadores de TOC, isto é, funcionam mais do que em indivíduos normais (a parte frontal do cérebro, região peri-orbital, e regiões mais profundas do cérebro - gânglios ou núcleos da base). Imagina-se que exista alguma anormalidade no funcionamento destas vias nervosas que conectam estas partes mais profundas

com as partes mais superficiais do cérebro e que utilizam a serotonina na transmissão dos impulsos nervosos. Esta hiperatividade tende a se normalizar tanto com o tratamento farmacológico, como com a terapia cognitivo-comportamental. Como se vê, são evidências, embora muito genéricas, para a hipótese de que existe algum tipo de disfunção neuroquímica no funcionamento cerebral (KORAN; SALLEE; PALLANTI, 1997).

Existem, entretanto, fatos que a pesquisa não conseguiu esclarecer: a resposta de muitos pacientes aos medicamentos inibidores da recaptação da serotonina é parcial ou mesmo nula, e se desconhece o motivo. Além disso, ocorrem obsessões e compulsões em doenças neurológicas como encefalites, associados a tiques - no assim chamado Transtorno de Gilles de la Tourette, à febre reumática ou mesmo a outras doenças nervosas ou psiquiátricas. São fatos cujo esclarecimento continua desafiando os cientistas do mundo inteiro.

Sabe-se ainda que fatores de natureza psicológica influenciam no surgimento, na manutenção e no agravamento dos sintomas de TOC. Os pacientes com TOC sofrem de muitos medos exagerados e aprendem que usando certos rituais ou outras manobras psicológicas como atos mentais, ou evitando o contato com as situações ou objetos temidos conseguem neutralizar seus medos, obtêm alívio da aflição que normalmente acompanha seus pensamentos (obsessões), e por este motivo passam a repeti-los, mesmo que isto signifique manter ou agravar a doença.

É bastante comum ainda que os sintomas surjam depois de algum estresse psicológico. Sabe-se que conflitos psíquicos agravam os sintomas. Tem cada vez ficado mais claras certas alterações no modo de pensar, de perceber e avaliar a realidade por parte destes pacientes (distorções cognitivas). Eles tendem a supervalorizar a importância dos pensamentos como se pensar fosse o mesmo que agir ou desejar; tendem a supervalorizar o risco e as possibilidades de ocorrerem eventos desastrosos (contrair doenças, perder familiares, contaminar-se); tendem a superestimar a própria responsabilidade quanto a provocar ou prevenir eventos futuros; são perfeccionistas, têm necessidade de ter certeza, perdendo muito tempo com a preocupação de fazer as coisas bem feitas e evitar possíveis falhas ou imperfeições, e imaginam modificar o curso futuro dos acontecimentos com a execução dos rituais. Cada paciente pode apresentar uma ou mais destas distorções, que são mantidas mesmo as evidências sendo contrárias a elas, ou apesar de não terem comprovação na realidade.

Supõe-se ainda que fatores ligados ao tipo de educação (mais ou menos severa ou exigente, inculcando culpa ou não), ao tipo de cultura social e familiar, possam também influir na

origem de crenças e regras que regem a vida da pessoa criando uma espécie de terreno propício para o surgimento do transtorno. Por estes motivos usualmente se associam aos medicamentos, terapias psicológicas: a terapia cognitivo-comportamental no seu tratamento.

4.3 A Dúvida quanto à Genética

A importância de fatores genéticos na etiologia do TOC tem sido enfatizada através de estudos de famílias, estudos com gêmeos e, mais recentemente, de estudos de genética molecular.

No entanto, todos os trabalhos têm demonstrado que quanto mais precoce é o início dos sintomas nos pacientes, maior o risco de morbidade para TOC entre os familiares.

Por exemplo, Bellodi et al. (1998) relataram que o risco de morbidade familiar aumentou de 3,4% para 8,8% quando avaliaram apenas os pacientes com início do quadro até os 14 anos de idade. Jenike (1993) encontrou taxas duas vezes mais elevadas de TOC, nos pacientes com início dos sintomas antes dos 18 anos. Estudos com gêmeos são necessários para comprovar a transmissão genética, uma vez que o caráter familiar poderia ser decorrência da mesma exposição ambiental. Os estudos de gêmeos revistos por Rasmussen e Tsuang (1997), apresentam uma concordância para monozigotos de 53% a 87% e para dizigóticos de 22% a 47%.

4.4 Como tratar o paciente com TOC?

Muitas pessoas com TOC relutam em seguir o tratamento, muitas vezes, porque ficam envergonhadas ou mesmo nem compreendem que têm um problema. Outras podem atribuir seu comportamento compulsivo e perfeccionista a seu sucesso na vida. E para aqueles que têm TOC, as pessoas ao redor podem não levar a sério a doença, suavizando-a e não imaginando quão devastadora a condição pode ser. Um paciente que precisou ficar internado temporariamente para combater a doença comparou ter TOC à desorientação de "viver em uma gravura de Escher".

Como para muitas doenças mentais, os antidepressivos são frequentemente usados no tratamento do TOC. Alguns são explicitamente aprovados pelo *Federal Drug Administration* (FDA) para tratamento do transtorno, enquanto outros são usados mesmo sem indicação na bula. Quando a medicação isolada não funciona, a maioria se volta para a psicoterapia, especificamente terapia cognitiva comportamental (TCC).

A função básica da TCC é mudar os padrões existentes de comportamento e pensamentos obsessivos. Um terapeuta irá trabalhar com o paciente para minar as crenças que levam ao

comportamento autodestrutivo. Juntos eles analisam os pensamentos recorrentes, especialmente aqueles que parecem surgir automática e continuamente, e imaginar o quê os provoca e como lidar com eles. Às vezes, os próprios pensamentos não podem ser diretamente confrontados, mas, em vez disso, os comportamentos que eles produzem podem ser alterados. Além de produzir mudanças no comportamento e reduzir a ansiedade, a TCC comprovou ter efeitos biológicos reais pela alteração da atividade neurotransmissora.

Uma técnica comum usada na terapia é a **exposição e prevenção de resposta**, na qual um paciente confronta uma obsessão e tenta evitar realizar o ritual exigido. Dessa maneira, os pacientes podem testar suas respostas físicas e emocionais a certos pensamentos e ver que eles e as reações que produzem não estão baseados na realidade. A exposição contínua a tais pensamentos também pode tornar os pacientes menos reativos a eles. Essa tática não funciona de imediato nas piores compulsões de alguém. Em vez disso, um paciente irá classificar suas obsessões pela quantidade de ansiedade que elas produzem. Em primeiro lugar ele irá enfrentar aquelas que produzem menos ansiedade. De maneira ideal, o paciente pode eventualmente lidar com todas as suas obsessões, enquanto também produz um método para lidar com novas compulsões que possam surgir. Para algumas pessoas, uma combinação de medicação e terapia não é suficiente e há necessidade de um método de tratamento mais profundo.

4.5 A influência da Família no Tratamento

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes, induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro, conflitos familiares podem agravar os sintomas do TOC. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo. Uma paciente apresentava os sintomas apenas quando estava na casa dos pais: apagava e acendia várias vezes lâmpadas, televisor, e outros eletrodomésticos; tinha uma relação conflituosa com sua mãe, uma pessoa muito exigente e crítica; sempre que ocorria uma discussão tais sintomas se exacerbavam. Quando viajava para outra cidade, praticamente desapareciam.

Acredita-se que as atitudes da família em relação aos sintomas (hostilidade, criticismo, rejeição ou apoio e tolerância) interferem nos resultados do tratamento. Os familiares tanto podem encorajar na busca de ajuda como desestimulá-la em razão de desacreditarem em possíveis mudanças. Podem influenciar na adesão às tarefas, ou em razão do criticismo

exagerado, provocar até abandonos. Não é raro o abandono do tratamento depois de uma discussão ou briga mais acalorada em casa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frequentemente as pessoas acometidas por este transtorno escondem de amigos e familiares essas idéias e comportamentos, tanto por vergonha quanto por terem noção do absurdo das exigências auto-impostas. Muitas vezes desconhecem que esses problemas fazem parte de um quadro psiquiátrico tratável e cada vez mais responsivo à medicamentos específicos e à psicoterapia. As obsessões tendem a aumentar a ansiedade da pessoa ao passo que a execução de compulsões a reduz. Porém, se uma pessoa resiste a realização de uma compulsão ou é impedida de fazê-la surge intensa ansiedade. A pessoa percebe que a obsessão é irracional e a reconhece como um produto de sua mente, experimentando tanto a obsessão quanto a compulsão como algo fora de seu controle e desejo, o que causa muito sofrimento. Pode ser um problema incapacitante porque as obsessões podem consumir tempo (muitas horas do dia) e interferirem significativamente na rotina normal do indivíduo, no seu trabalho, em atividades sociais ou relacionamentos com amigos e familiares. Algumas vezes os sintomas obsessivos, dependendo da severidade, podem se confundir com sintomas psicóticos e delirantes, ou estarem associados a eles, o que torna o tratamento ainda mais difícil.

Felizmente, têm sido desenvolvidos novos métodos de tratamento, utilizando medicamentos e psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental), que conseguem reduzir os sintomas e, muitas vezes eliminá-los completamente. Mesmo assim seu tratamento é considerado difícil, pois nem sempre a melhora é completa. Com frequência, ocorrem recaídas, o que exige dos pacientes e de seus familiares muita persistência para seguir o tratamento e as orientações dos profissionais. Tal esforço compensa, pois muitas vezes, de uma forma bastante rápida, o alívio dos sintomas é notável.

Socialmente a ocorrência de tais comportamentos pode resultar em prejuízo no trabalho, na conclusão de tarefas, na liberdade de sair de casa, na vergonha do contato com outras pessoas, etc. A repetição desses comportamentos e o aumento gradual da frequência deles acabam caracterizando um verdadeiro processo de dependência. Alguns buscam o alívio do desprazer das emoções de angústia e ansiedade, do afastamento de pensamentos incômodos.

É importante ressaltar que o transtorno obsessivo compulsivo é, por si só, um conceito. Por não ser "verdade" objetiva, irá necessariamente sofrer modificações nos próximos anos. O desenvolvimento de técnicas em biologia molecular e neuroimagem, utilizando subgrupos mais homogêneos de pacientes, deverá ser fator significativo na transformação desse conceito. Com a

divulgação do genoma humano e o desenvolvimento de tecnologias mais acessíveis de mapeamento, propostas individualizadas de tratamentos, baseadas no seqüenciamento genético, poderão ser viáveis num futuro próximo.

REFERÊNCIAS

AGID, O.; LERER, B. Risperidone augmentation in a case of severe, treatment-refractory obsessive-compulsive disorder without comorbid psychopathology. *J.Clin.Psychiatry*, v.60, n.1, pp.55-56, 1999.

BAER, L. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in the office-based practice. *J. Clin. Psychiatry*, v. 54, suppl. 6, pp. 10-15, 1993.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início precoce e de início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

DOMINGUEZ, R.A.; MESTRE, S.M. Management of treatment-refractory obsessive-compulsive disorder patients. *J. Clin. Psychiatry*, v. 55, suppl.10, pp. 86-92, 1994.

MIRANDA, M.A.; BORDIN, I.A. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.*, v.23, sup, p.10-12, 2001.

JENIKE, M.A. Augmentation strategies for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Harvard Rev. Psychiatry*, v.1, pp.17-26, 1993.

KOBAK, A.K.; GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W. et al. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, v.136, pp.205-216, 1998.

KORAN, L.M.; SALLEE, F.R.; PALLANTI, S. Rapid benefits of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, v. 154, n. 3, pp. 396-401, 1997.

LEONARD, H.L. Novas descobertas no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo. *J. Clin. Psychiatry*, v.58, suppl. 14, pp. 39-47, 1997.

PICINELLI, M.; PINI, S.; BELLANTUONO, C. Eficácia do Tratamento com Drogas no Transtorno Obsessivo Compulsivo. *Brit. J. Psych.*, v.166, pp. 424-443, 1995.

PIGOTT, T.A.; SEAY, M.S. A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v.60, pp.101-106, 1999.