

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Psicoterapias Cognitivas

Sandro César Silvério da Costa

**CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA O
TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Belo Horizonte

2012

Sandro César Silvério da Costa

**CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DA PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA O
TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Rute Velasquez

Belo Horizonte

2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos professores José Carlos Cavalheiro, Rute Velasquez e Cíntia Fusikawa pela transmissão científica com a clareza, a concisão e a perspicácia intelectual que lhes são próprias.

AGRADECIMENTOS

A Jesus e a Maria.

Aos meus pais: João Silvério da Costa e Geny da Piedade Costa pelo inesquecível legado de amor que deixaram em nossas memórias filiais para sempre.

A minha irmã Solange Maria José Costa, pelos exemplos de fé e coragem que sempre me nortearam na busca contínua do melhor.

Ao meu irmão Silvano Silvério da Costa pelo modelo de profissionalismo e humildade.

Ao meu irmão João Silvério da Costa Filho pelas vitórias merecidas e pelo seu elevado valor humanitário.

A uma grande amiga chamada Scheila.

RESUMO

Este trabalho visa descrever os modos pelos quais a psicoterapia cognitiva pode contribuir para a eficácia clínica no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). O método utilizado foi a revisão da literatura, livros e periódicos, sobre os modelos teóricos da psicoterapia cognitiva aplicados ao tratamento do TOC. Foram consideradas: os sintomas, as comorbidades existentes; e as técnicas psicoterapêuticas. Foram descritas as principais técnicas de tratamento e conceituados os termos centrais. Foi constatado que a psicoterapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo obteve eficácia de 50% dos casos, segundo Baxter et al. (1992) e Schwartz et al. (1996) citados por Gazzaniga (2005). São apresentadas evidências de eficácia quando comparados os tratamentos psicoterapêuticos cognitivo-comportamental e o tratamento farmacológico, através de exames utilizando neuroimagens. A supracitada pesquisa realizada através de PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons) objetivava comparar alterações no cérebro de pacientes com TOC tratados com terapias farmacológicas e pacientes tratados com terapias não farmacológicas, chegando à conclusão de que ocorreram as mesmas alterações nos gânglios basais nos pacientes tratados com ISRS e pacientes tratados com psicoterapia somente. Gazzaniga, (2005) subsequente afirma que “a terapia cognitivo-comportamental pode, assim ser uma maneira mais efetiva de tratar o TOC do que com a medicação”. Essa pesquisa por neuroimagem realizada na UCLA School of medicine aponta para a possibilidade de se constatar o que outras pesquisas já vêm descobrindo: o mesmo percentual de eficácia entre drogas e terapias nos tratamentos da depressão e do TOC, em torno de 50 a 52% (cinquenta a cinquenta e dois por cento) relatadas nas literaturas pesquisadas, segundo gráfico de Hollon, Thase e Markowitz (2002) citado por Lambert e Kinsley (2006) e segundo neuroimagens de Baxter et al. (1992) e Schwartz et al. (1996) apud Gazzaniga (2005, p.547), respectivamente. No presente trabalho, objetivamos estabelecer e apresentar a psicoterapia cognitiva, descrevendo as técnicas utilizadas como modelo de tratamento deste transtorno, analisando sua eficácia. Realizamos para esse fim uma consulta à literatura especializada tendo como referenciais a SciELO e bibliografia complementar atualizada em torno do tema.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo. Psicoterapia Cognitiva Comportamental. Terapias Farmacológicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This paper aims to describe the ways in which cognitive psychotherapy may contribute to clinical efficacy in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). The method used was a review of the literature, books and journals on theoretical models of cognitive psychotherapy applied to the treatment of OCD. Were considered: the symptoms, existing comorbidities, and psychotherapeutic techniques. We described the main treatment techniques and conceptualized the central terms. It was found that cognitive-behavioral psychotherapy applied to the treatment of obsessive-compulsive obtained efficiency of 50% of cases, according to Baxter et al. (1992) and Schwartz et al. (1996) cited by Gazzaniga (2005). We present evidence of efficacy when compared to cognitive-behavioral psychotherapeutic treatment and pharmacological treatment, by using neuroimaging exams. The aforementioned research by PET (Positron Emission Tomography) aimed to compare changes in the brains of OCD patients treated with pharmacological therapies and patients treated with non-pharmacological therapies, concluding that the same changes occurred in the basal ganglia in patients treated with SSRIs and patients treated with psychotherapy alone. Gazzaniga, (2005) subsequently stated that "the cognitive-behavioral therapy may therefore be a most effective way to treat OCD than with medication." This neuroimaging research conducted at UCLA School of Medicine points to the possibility to see what other studies have already been discovered: the same percentage of efficacy between drugs and therapies in the treatment of depression and OCD, around 50-52% (fifty to fifty-two percent) reported in the literature surveyed, the second chart Hollon, Thase and Markowitz (2002) quoted by Lambert and Kinsley (2006) and second neuroimaging Baxter et al. (1992) and Schwartz et al. (1996) cited Gazzaniga (2005, p.547), respectively. In this study, we aimed to establish and present the cognitive psychotherapy, describing the techniques used as a model for treating this disorder by analyzing their effectiveness. Conducted for this purpose an appeal to the literature with references as SciELO and updated supplementary bibliography on the theme.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder. Cognitive Behavioral Psychotherapy. Pharmacologic Therapies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão

DSM-IV TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 4ªedição-
Texto Revisado

PA – Pensamento automático

CN – Crença nuclear

TCC– Psicoterapia cognitivo-comportamental

TOC– Transtorno Obsessivo Compulsivo

EPR – Exposição e prevenção de Resposta

CPFOM – Circuito pré-frontal orbitomedial

PET – Tomografia por Emissão de Pósitrons

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - ASPECTOS RELEVANTES PARA A ETIOLOGIA DO TOC	15
1.1 Aspectos Genéticos do TOC.....	15
1.2 Aspectos Ambientais e o TOC	16
1.3 Aspectos Neurobiológicos do TOC	18
1.3.1 Circuitos neurais e o TOC.....	20
1.4 Aspectos Cognitivos do TOC	23
CAPÍTULO 2 - OS MODELOS COGNITIVOS E A PSICOTERAPIA DO TOC	25
2.1 Contexto comportamental disfuncional de um paciente com TOC	25
2.2 O modelo cognitivo de BECK.....	26
2.3 Conceitos importantes da Psicoterapia Cognitiva	29
2.3.1 Pensamentos automáticos.....	29
2.3.2 Catastrofização	30
2.3.3 Ditadura do Deveria	30
2.3.4 Desqualificação do positivo.....	30
2.3.5 Crenças Intermediárias.....	30
2.3.6 Estratégias Compensatórias	31
2.3.7 Crenças Centrais ou Nucleares	32
2.3.8 Esquemas.....	32
2.3.9 Tarefa de casa.....	32
2.3.10 Questionamento Socrático.....	33
2.3.11 Exposição e prevenção de respostas (EPR).....	34
2.3.11 Técnica das duas Teorias (A e B).....	34
2.4 Algumas técnicas cognitivas de tratamento	35
2.4.1 Exposição Imaginária.....	35
2.4.2 Psico-educação	36
2.4.3 Seta Descendente	36
CAPÍTULO 3 - A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA COGNITIVA	38
4. CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TOC	43
ANEXO 2 – DIAGRAMA DE CONCEITUAÇÃO COGNITIVA	45

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) cujas características principais estudadas e descritas na atualidade são as obsessões e compulsões recorrentes causam significativos prejuízos para a vida social, ocupacional e funcional do indivíduo. Seus sintomas são, freqüentemente, fonte de intenso sofrimento para seus familiares. Um dos tratamentos propostos para esse transtorno consiste no emprego da psicoterapia cognitiva que tem como objetivo reestruturar as cognições distorcidas através da utilização de várias técnicas que atuam na remissão total ou parcial dos sintomas.

A Organização mundial de Saúde (OMS),

(...) em colaboração com o Banco Mundial e a Harvard University, incluíram o TOC na lista das dez doenças (de todas as especialidades) que maior impacto têm sobre a incapacitação social – The Global Burden of Disease¹. (LOPES; MURRAY, 1996).

Embora o TOC seja considerado um transtorno heterogêneo, constituído por um espectro de sintomas obsessivos- compulsivos, suas características diagnósticas estão bem definidas.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR, 2003), da Associação Psiquiátrica Americana, o Transtorno Obsessivo Compulsivo divide-se em dois subgrupos: um pertencente às obsessões, em que estão presentes 4 sintomas, e outro pertencente às compulsões, quando 2 outros sintomas estão ali caracterizados.

Segundo Rachman (1985) citado por Clark e Beck (2012),

(...) as obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos indesejados e inaceitáveis altamente repetitivos que estão associados à resistência subjetiva, são difíceis de controlar e geralmente produzem sofrimento, ainda que o indivíduo possa reconhecer que o pensamento pode ser altamente exagerado, irracional ou mesmo sem sentido em vários graus.

Conceitualmente,

(...) as compulsões são comportamentos ou respostas mentais repetitivas, intencionais, mas estereotipadas, que envolvem um forte impulso subjetivo e um senso diminuído de controle voluntário que visa neutralizar o sofrimento ou o resultado temido que caracterize uma preocupação obsessiva. (BECK; CLARK, 2012, p. 449).

¹Murray CL, Lopez AD, eds. The Global Burden of Disease. Geneva: World Health Organization; 1996.

Os critérios diagnósticos do TOC são descritos no ANEXO 1.

Nesta monografia são descritos, outros transtornos que podem estar associados ou mascarar o diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo, tais como o transtorno de Gilles de La Tourette, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral entre outros, de modo a facilitar ao leitor compreender a importância e as dificuldades do diagnóstico diferencial aplicado ao tratamento clínico do TOC.

Também serão abordados os aspectos mais relevantes para o modelo teórico da psicoterapia cognitiva a serem pesquisados em relação ao paciente, tais como os esquemas, as crenças, as distorções cognitivas, os erros processados e codificados na memória. Esses aspectos a serem investigados revelam como os sistemas de crenças podem ser construídos até resultem em transtornos comportamentais, emocionais e manifestações fisiológicas para o paciente, que passa a viver de modo incongruente no contexto ambiental em que está inserido.

PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO

Estima-se que a prevalência durante a vida seja de 2,5% e entre 0,5 e 2,1% anual em adultos. Entre crianças e adolescentes a estimativa por toda a vida varia entre 1 e 2,3% e tem uma prevalência anual de 0,7%, segundo dados do DSM IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição texto revisado, 2003). Entre gêneros demonstra-se igualmente comum entre homens e mulheres.

A tabela abaixo descreve a prevalência do TOC em seis países de culturas diferentes e encontram os seguintes dados:

Tabela 1 - Percentagem da amostra (N) que relata ter obsessões em seis países

País (N)	Sujeira/ Contaminação	Perigo/ agressão	Somática	Religiosa	Sexual
Estados Unidos (425)	38%	24%	7%	6%	6%
Índia (410)	32%	20%	14%	5%	6%
Reino Unido (86)	47%	27%	N/A	5%	10%
Japão (61)	39%	12%	13%	N/A	5%
Dinamarca (61)	34%	23%	18%	8%	6%
Israel (34)	50%	20%	3%	9%	6%

N/A: Indisponível

Fonte: Sasson et al. (1997) citado por Lambert e Kinsley (2006), adaptado.

De acordo com os dados apresentados na tabela acima se infere que,

(...) as pesquisas sugerem taxas de prevalência bastante consistentes para o TOC em todo o mundo. O TOC é encontrado em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que sugere pouca ou nenhuma influência cultural. (LAMBERT; KINSLEY, p.202).

PREVALÊNCIA NO BRASIL

Em amostra clínica de cento 105 pacientes brasileiros² 30% encontravam-se inativos em consequência da doença, sem trabalhar ou estudar. (DEL-PORTO, 1994).

Estudo de Dupont et al.(1990), constatou que cerca de 2% dos casos de suicídio cometidos nos Estados Unidos estão associados com o TOC com ou sem condições co-mórbidas em uma população de 31.000 (trinta e um mil casos) em 1990.

Dados estatísticos atuais referentes à prevalência atual do transtorno no Brasil inexistem, mas estima-se que sejam idênticos aos de outros países, ou seja, algo em torno de dois por cento (2%).

Sobre as estatísticas epidemiológicas do TOC,

(...) os estudos de prevalência no Brasil ainda são insuficientes e pouco representativos. Uma prevalência de 0,9% e 0,5% entre homens e mulheres, respectivamente, foi encontrada em Brasília, e da mesma forma, de 1,7% e 2,7% em Porto Alegre³. (ALMEIDA-FILHO et al., 1992).

Andrade e colaboradores (2002)⁴ estimaram a prevalência ao longo da vida de 0,3% em homens e 0,4% em mulheres. (ANDRADE et al., 2002).

² Del-Porto JA. Distúrbio obsessivo-compulsivo: Fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.

³ Almeida-Filho, N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andleoli SB, Busnello E d'A. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, Porto Alegre, São Paulo). Revista ABP-APAL. 1992 (14): 93-104.

⁴ Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psichiate Epidemiol. 2002 37(7):316-25.

CURSO

Geralmente com início na adolescência ou início da fase adulta, ele pode manifestar-se também na infância. Mais precoce entre os homens, tem seu início (entre os 6 e os 15 anos), e, nas mulheres (entre 20 e 29 anos). Com maior frequência seu início é gradual, o que não descarta a existência de início agudo em alguns casos. Na maioria dos casos os sintomas vão e vem, dependendo da influência dos fatores de estresse. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana aproximadamente “15% dos portadores do transtorno sofrem deterioração progressiva no funcionamento profissional e social”. (DSM IV-TR, 2003).

CAPÍTULO 1-ASPECTOS RELEVANTES PARA A ETIOLOGIA DO TOC

Inúmeras têm sido as tentativas de se descobrir qual ou quais as possíveis causas do TOC. Uma única causa não foi encontrada, mas inúmeras causas etiológicas. Na atualidade várias pesquisas têm sido realizadas e demonstraram resultados bastante satisfatórios na resolução da origem ou origens do transtorno. Em matéria de medicina geral ou de saúde mental termos como etiologia e curso da doença são fundamentais para obter-se um prognóstico, seja ele bom ou mal. A relevância para se estabelecer e apresentar fatores etiológicos que contribuam para a estruturação do transtorno com as características com as quais ele se apresenta reside no fato de que muitos fatores (ambientais ou orgânicos) quando não devidamente tratados podem reforçar os sintomas agravando o quadro já por si mesmo mórbido ao invés de equacionar sua remissão. O psicoterapeuta cognitivo-comportamental deve estar ciente dessas variáveis clínicas, afim de que não trate o transtorno pelo viés psicodinâmico quando a etiologia demande também uma intervenção médica, sendo para esses casos aconselhável tratamento multiprofissional. A seguir serão apresentados os principais fatores etiológicos do Transtorno obsessivo-compulsivo.

1.1 Aspectos Genéticos do TOC

Evidências de base genética para o TOC foram encontradas a partir de estudos realizados em gêmeos monozigóticos (idênticos) cuja concordância foi um percentual que variou entre 53 a 87% (cinquenta e três a oitenta e sete por cento). Entre gêmeos dizigóticos (fraternos) a taxa encontrada variou de 22 a 47% (vinte e dois a quarenta e sete por cento) (MIGUEL et al. 1993 apud LAMBERT; KISNLEY, 2006). Constatou-se que, se uma pessoa em sua família nuclear sofre de TOC, existe a chance de que outro membro possa apresentar o transtorno. (RASMUSSEN; EISEN, 1990 apud LAMBERT; KISNLEY, 2006).

Entretanto outros fatores que contribuem para a formação da síndrome do TOC e seu desencadeamento existem como veremos a seguir.

1.2 Aspectos Ambientais e o TOC

Outro fator que pode contribuir para o desenvolvimento do TOC é o ambiental. “Privar as crianças da estimulação adequada durante o período (...) da primeira infância (...) pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo e motor, bem como o desenvolvimento de respostas neurobiológicas ao estresse” (LAMBERT; HOWARD, 2006) ou “a exposição ao estresse precoce pode alterar as respostas do cérebro a estímulos estressantes e levar a problemas futuros, como depressão ou ansiedade” (HEIM; NEMEROFF, 2001 apud LAMBERT; HOWARD, 2006). Tais eventos estressores precoces podem estar na etiologia das crenças nucleares concomitantemente com o desenvolvimento do sistema nervoso da criança na primeira infância que posteriormente poderá desenvolver estratégias compensatórias disfuncionais utilizadas pelo indivíduo na fase da adolescência ou na adulta onde manifestarão os mais variados sintomas que caracterizarão o TOC.

Uma das teorias que explicam a relação de reciprocidade entre estímulos ambientais estressores e cognição disfuncional denomina-se ENGRAMA. Essa teoria demonstra como os órgãos dos sentidos de uma criança na primeira infância ao receber estímulos ambientais estressores e os enviar para o sistema nervoso ainda em desenvolvimento de redes neurais podem resultar em excesso de atividade em áreas específicas do cérebro (lobos frontais, gânglios basais e tálamo) quando comparadas com pessoas normais.

Para melhor compreensão do termo ENGRAMA segue a sua definição:

Impressão deixada nos centros nervosos pelos acontecimentos vivenciados, ativa ou passivamente, pelo indivíduo: conhecimentos adquiridos, convicções, cenas assistidas, traumas, hábitos, condicionamentos etc. e que corresponde à fixação de uma lembrança. Os engramas são passíveis de evocação, de recordação espontânea no sono ou vigília ou, ainda, de associação com eventos atuais, podendo levar o indivíduo a um comportamento automático, reflexo ou voluntário. (ADALBERTO, 2008, <http://www.intra.redepsi.com.br/teste/portal/modules/wordbook/print.php?entryID=130>).

Segundo a teoria do Engrama o comportamento disfuncional de um adolescente em uma circunstância ambiental atual resulta de interações entre memórias de longa duração codificadas e registradas na infância com fenômenos ambientais atuais semelhantes àquelas do passado capazes de ativar o circuito

neuroanatômico do TOC e causar subseqüentemente uma série de reações fisiológicas resultando em estratégias compensatórias desadaptativas, incongruentes com o meio.

Parece existirem semelhanças entre o Engrama e os Sistemas Funcionais de Luria como observaremos a seguir:

Luria (1980) apud (CONSENZA, FUENTES, MALLOY-DINIZ, 2008) apresentou uma teoria que pode distinguir três grandes “sistemas funcionais” no cérebro: 1) Sistema regulador da vigília e do tônus cortical através das estruturas da formação reticular e das áreas límbicas; 2) Sistema responsável pela recepção, processamento e armazenamento de informações externas e internas situadas nas áreas corticais primária, secundária e terciária cerebral e localizadas posteriormente ao sulco central; 3) Sistema regulador e verificador das estratégias comportamentais e da própria atividade mental, sistema este situado nas regiões anteriores do cérebro e também organizadas pelas áreas corticais primária, secundária e terciária.

Talvez o segundo sistema apresentado por Luria melhor corresponda à correlação de determinadas situações ambientais à formação, processamento e armazenamento de cognições distorcidas enquanto o segundo sistema esteja responsável pelas estratégias compensatórias compulsivas (comportamentais) e obsessivas (atividade mental) desadaptativas para o indivíduo.

Essa teoria de Sistemas funcionais de Luria superou a teoria do localizacionismo cerebral por apresentar conexões entre várias estruturas, áreas e regiões cerebrais próximas ou distantes umas das outras, mas responsáveis pela complexidade da cognição e do comportamento, sendo modelo amplamente reconhecido e aceito.

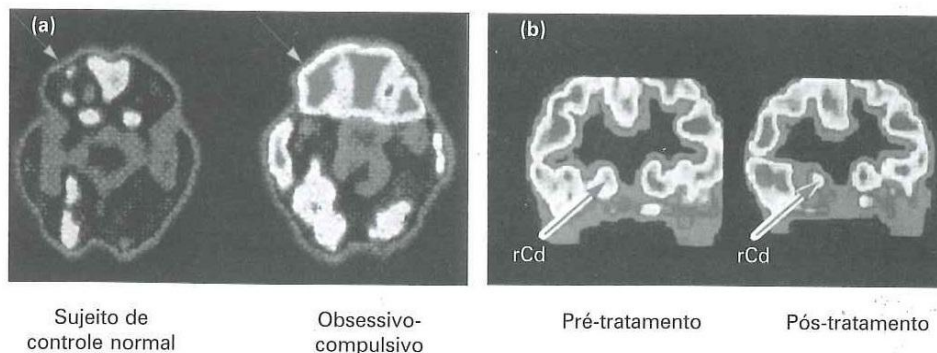
A contribuição da psicoterapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo e seu espectro talvez resida na incidência terapêutica que seu modelo teórico e a adequada aplicação de suas técnicas exercem sobre as redes neurais e a neuroquímica que as compõe. Estudos prospectivos futuros talvez possam comprovar esta hipótese.

Por esse motivo apresentamos a seguir alguns aspectos relacionados à neurobiologia e sua participação na múltipla etiologia do TOC.

1.3 Aspectos Neurobiológicos do TOC

Outros fatores além do genético e ambiental acima descrito consistem na participação da neuroquímica do Sistema Nervoso Central (SNC) no processo psicomotor do TOC. Tal foi demonstrado em pesquisa obtida por neuroimagem (SCHWARTZ; BEYETTE, 1996 apud LAMBERT; HOWARD, 2006, p. 218), onde o nível de atividade celular em portador de TOC mostrou-se maior em comparação com sujeito de controle normal, havendo maior perfusão no núcleo caudado direito do cérebro.

- (a) Nível de ativação celular (cores mais claras) maior no paciente com TOC à direita se comparada com sujeito de controle à esquerda.
- (b) A atividade do núcleo caudado direito (rCd) é menor do que antes após tratamento.



A visão, o olfato, a audição e as percepções sensoriais localizadas nas terminações nervosas da pele, em contato com o ambiente enviam estímulos para o córtex que os processa, codifica e armazena na memória de longo prazo, embora de modo inconsciente.

A neurobiologia, ciência que engloba três áreas de estudo relacionadas na neurociência (neuroanatomia, neurofisiologia e neuroquímica) trouxe relevantes informações sobre a intrínseca relação entre o sistema nervoso e o comportamento humano e como ambos interagem entre si, a saber:

- Neuroanatomia: Estudo macro anatômico e micro anatômico do Sistema Nervoso Central e Sistema Nervoso Periférico.
- Neurofisiologia: Estudo do funcionamento e do mecanismo das relações entre as diversas áreas e regiões que constituem o SNC.

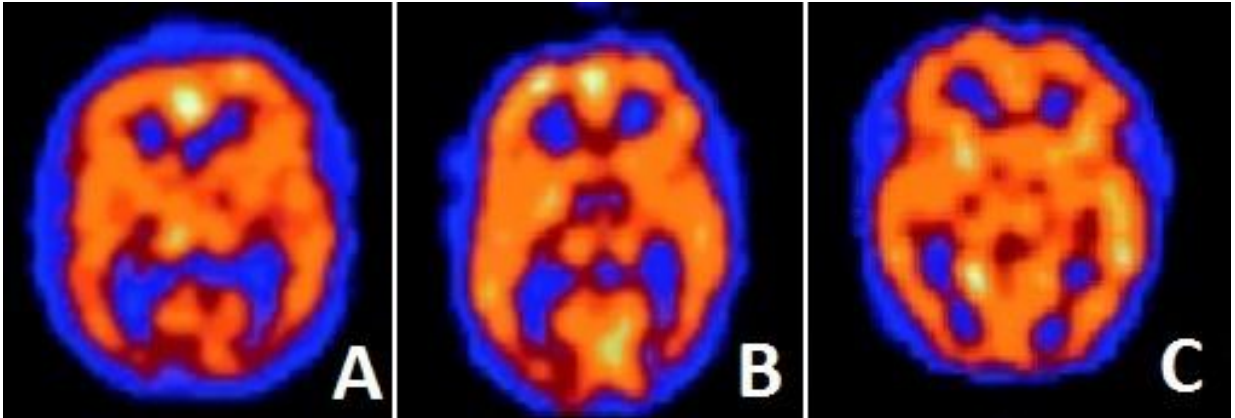
- Neuroquímica: Estudo do funcionamento químico e das relações sinápticas entre os neurotransmissores e receptores dos neurônios pré e pós-sinápticos que fazem parte dos sistemas nervoso central e nervoso periférico.

Na neurotransmissão do TOC, segundo recente estudo de metanálise, um inibidor seletivo de recaptação da serotonina (ISRS) parece atuar de forma igualmente eficaz no controle dos sintomas de TOC quando comparados com os antidepressivos tricíclicos (ADT's), com a vantagem de apresentar menos efeitos colaterais: “De uma perspectiva neurofarmacológica, o aspecto mais extraordinário do TOC é sua alta seletividade para resposta a drogas”. (ZOHAR; INSEL, 1987; LEONARD et. al. 1991 apud RANGÈ, 2001, p.233). Entretanto, vale ressaltar que nenhuma comprovação existe de uma relação entre a serotonina e o TOC, do ponto de vista causal e etiológico do transtorno, embora “em torno de 40 a 60% dos pacientes com TOC tenham obtido melhora quando colocados em terapia com um ISRS (...)”. (RAUCH et al., 1996 apud LAMBERT; KISNLEY, 2006, p. 209).

De modo geral os antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) também denominados antidepressivos atípicos quase não apresentam sintomas colaterais se comparados com os antidepressivos tricíclicos (clomipramina, imipramina, amitriptilina). Por essa razão a taxa de adesão ao tratamento com ISRS é maior que a dos tricíclicos; embora estes últimos também sejam eficazes no tratamento, conforme apresentam os aspectos remissivos do exame de neuroimagem a seguir, antes, durante e após a psicofarmacoterapia. (ACKERMAN, GREENLAND, BYSTRITSKY e DATZ, 1996 apud LAMBERT & KINSLEY, 2006, p. 214).

Abaixo neuroimagens das etapas de remissão do TOC com uso de ADT's.

Figura 1 – Neuroimagens das etapas de remissão do TOC. A) SPECT do paciente M antes do tratamento (observe a hiperativação frontal, em comparação com a região occipital). B) SPECT do paciente M após tratamento com clomipramina por 6 meses (observe o “equilíbrio de perfusão” entre todas as regiões amostradas). C) SPECT de um controle saudável (observe o “equilíbrio de perfusão” entre todas as regiões amostradas).



Fonte: Lacerda, Dalgalarrodo e Camargo (2001).

As imagens acima representam os resultados de significativa melhora do quadro dos sintomas do TOC com a utilização de antidepressivos tricíclicos (ADT's), muito embora tais antidepressivos possam ocasionar fortes efeitos colaterais relatados pelos pacientes por eles tratados. Passaremos adiante a descrever os circuitos neurais envolvidos no TOC, relacionados com a neurofisiologia.

1.3.1 Circuitos neurais e o TOC

1.3.1.1 Circuito pré-frontal orbitomedial (CPFOM):

A ameaça imaginária proveniente dos pensamentos obsessivos gerada no córtex orbitofrontal (componente de percepção de ameaças) pode enviar mensagens neurais para o giro do cíngulo (componente neural emocional/integrativo) ativando subseqüentemente o núcleo caudado (componente do movimento repetitivo presente na compulsão), podendo projetar-se do núcleo caudado para o tálamo e deste último para o córtex temporal (memória) e amígdala (emoções) gerando comportamentos obsessivos, lembranças recorrentes e pensamentos e estados emocionais obsessivos. (LAMBERT & KINSLEY, 2006, p. 206).

Segundo LAMBERT & KINSLEY, (2006, p. 206) existem vastas interconexões entre os componentes do circuito neuroanatômico proposto para o TOC. Por esse motivo o parágrafo anterior refere-se a um dos sítios para ativar respostas ao transtorno obsessivo- compulsivo ficando reservado para o parágrafo seguinte outra situação em que o TOC é desencadeado mediante medos reais e imaginários. Nesse último aspecto o modelo neurofisiológico estabelecerá que:

O estímulo visual ativa o córtex cingulado, o tálamo e a amígdala (ZALD; KIM, 1996 apud LAMBERT; KINSLEY, 2006, p. 207). Por exemplo: o estímulo visual de uma lata de lixo (devemos ter medo de germes?), as projeções provenientes do córtex cingulado rapidamente ativam a amígdala, que está envolvida na avaliação do significado emocional de certos estímulos, conseqüentemente, o indivíduo tem respostas emocionais equivalentes após a exposição de ameaças reais e imaginárias (LAMBERT; KINSLEY, 2006, p. 207).

De acordo com (HOLLANDER et al., 1990 apud RANGÈ, 2001, p. 234) déficits neuropsicológicos podem ser encontrados em indivíduos com TOC que apresentam “anormalidades na coordenação motora fina, movimentos involuntários e função visuoespacial” comparados a indivíduos de controles.

Estudos utilizando Tomografia por Emissão de Fóton Único (SPECT) para medir fluxo sanguíneo cerebral e Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) para medir consumo regional de glicose no TOC mostram atividade anormal em várias estruturas cerebrais. (FUENTES; COLS. 2008, p. 302).

Em casos severos onde todos os procedimentos terapêuticos e farmacológicos foram refratários e ineficazes na remissão da sintomatologia do TOC a neurocirurgia parece ser uma intervenção de última escolha a ser considerada. Sua incidência de complicações pós-cirúrgicas e efeitos colaterais são considerados muito baixos segundo (CHIOCCA; MARTUZA, 1990 apud LAMBERT; KINSLEY, 2006, p.215). A leucotomia límbica representa a intervenção com maior taxa de sucesso, totalizando oitenta e quatro por cento (84%).

Esse procedimento combina lesões bilaterais do cíngulo com lesões em áreas orbitomedial frontais, regiões que contêm fibras do trato fronto-caudado-talâmico que pode ser crítico no desenvolvimento do TOC. (RANGÈ, 2001, p. 235).

Do ponto de vista das contra indicações da TCC e dos fatores preditivos de má resposta Cordioli e cols., (2008, p.474) afirmam que “embora nem sempre concordantes as pesquisas sugerem que a resposta pode ser limitada ou inexistente em pacientes que apresentam:

- Depressão moderada ou intensa;
- Convicção quase delirante ou supervalorizada sobre idéias obsessivas;
- Sintomas Obsessivos muito graves;
- Ansiedade Intensa;
- Psicoses;

- Transtorno do humor bipolar;
- Tiques ou Transtorno de Tourette;
- Transtorno da personalidade Esquizotípica;
- Transtorno da personalidade histriônica ou borderline;
- Ausência de insight;
- Falta de motivação ao tratamento e adesão às tarefas;
- Uso de álcool ou drogas.

Os resultados das diferentes psicocirurgias são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Sumário de Procedimentos Neurocirúrgicos para TOC Grave.

Tipo de Cirurgia	Manipulação	Taxa de Sucesso	Efeitos Colaterais
Capsulotomia anterior	Lesões bilaterais da cápsula interna	Cerca de 70%	Problemas com controle dos impulsos e com as alterações da personalidade
Cingulotomia anterior	Excisão do giro cingulado anterior	Cerca de 30 a 50%	Hemiplegia e epilepsia controlada por medicamentos em menos de 1% dos pacientes
Tractomia do subcaudado	Lesões do córtex orbital rostral (ventrais à cabeça do núcleo caudado)	Cerca de 50% (poucas pesquisas)	Pequenas alterações da personalidade, como hiperfagia, extravagância, em alguns pacientes.
Leucotomia límbica	Lesões bilaterais do quadrante medial inferior das áreas orbitofrontais e do feixe cingulado anterior	Cerca de 84%	Nenhum efeito colateral de longo prazo foi observado

Fonte: Lambert e Kinsley (2006).

Tais intervenções neurocirúrgicas, no entanto, foram proibidas na federação Russa e no Japão por não apresentarem dados conclusos de estudos de longo

prazo relacionados à evolução clínica dos pacientes operados. (MINDUS; JENIKE, 1992 apud LAMBERT; KINSLEY, 2006, p. 215).

Embora os fatores apresentados como etiológicos para o TOC sejam relevantes para a compreensão de sua origem deve-se ressaltar que nenhum desses fatores atua isoladamente, seja na formação do sintoma, seja no seu desenvolvimento, seja na sua manutenção. Talvez seja adequado considerar a atuação conjunta desses fatores, que em decorrência de um evento estressor possa desencadear algum episódio do transtorno em algum período da vida do indivíduo. Por esse motivo uma das razões pelas quais foram apresentados diversos fatores etiológicos para o transtorno consiste na importância não só do estabelecimento de um diagnóstico confiável (orgânico ou psicodinâmico), mas também quanto a possíveis ou necessários encaminhamentos para outras especialidades quando o caso assim o exigir.

1.4 Aspectos Cognitivos do TOC

Estudos recentes na Psicologia cognitiva têm abordado a vulnerabilidade do TOC sem, contudo, chegar a um caminho de consenso. Certos autores levantam a hipótese de que as crenças de excesso de responsabilidade poderiam constituir “uma vulnerabilidade duradoura para a etiologia das obsessões”. (SALKOVSKIS, SHAFRAN et al., 1999 apud CLARK & BECK, 2012, p. 467).

Apesar do considerável avanço no desenvolvimento do modelo descritivo e do tratamento das obsessões e compulsões a vulnerabilidade cognitiva permanece um questionamento sem resolução, devido à ausência de pesquisa prospectiva para os fatores cognitivos existentes no TOC e à ausência de estudos empíricos sobre essa vulnerabilidade, apenas recentemente desenvolvidos tal como o Questionário de Crenças Obsessivas (OBQ).

Outra proposta apresentada pelo construto cognitivo para o possível fator de vulnerabilidade ao TOC considera a existência de propensão à interpretação dos próprios pensamentos supervalorizados, conforme avalia Rachman (2003) apud CLARK & BECK, (2012, p. 467).

Apesar das controvérsias parece haver consenso de que na maioria dos casos de TOC erros de processamento cognitivo estão presentes, ativando a crença de que a intrusão do pensamento compulsivo representa dano potencial para si

próprio e para os outros, o que leva o indivíduo a se responsabilizar por prevenir ou controlar a obsessão por meio de compulsões a fim de reduzir a ansiedade ou o sofrimento.

“Os processos de raciocínio errôneos envolvidos nos estados obsessivos leva a confusão de uma possibilidade imaginada (p. ex., o pensamento ‘eu posso ter contraído uma doença mortal por ter me encostado nessa pessoa suja?’).” O’CONNOR e ROBILLARD, (1999) apud CLARK & BECK, (2012, p. 459).

O resultado poderá ser que essa pessoa imaginariamente portadora de doença incurável utilize-se de estratégias maladaptativas tais como evitar contatos físicos ou sexuais como meio de reduzir o sofrimento que a responsabilidade de contágio a outros pode representar. Nesse aspecto o tratamento objetivará reestruturar a crença nuclear por meio de dessensibilização sistemática tendo como incidência o comportamento compulsivo.

CAPÍTULO 2-OS MODELOS COGNITIVOS E A PSICOTERAPIA DO TOC

Os pensamentos de um portador de Transtorno Obsessivo Compulsivo têm caráter normal do ponto de vista qualitativo sendo comuns a todas as pessoas, entretanto a supervalorização de tais pensamentos é que contribui para o aspecto mórbido com o qual se manifesta o transtorno devido a sua capacidade de desadaptar o indivíduo no meio em que vive. Pode-se pensar que na crença nuclear do TOC esteja situado o medo, este com conteúdo imaginário e com grande intensidade de temas, que variam de indivíduo para indivíduo. Geralmente os mais comuns estão relacionados com contaminação, doença, segurança, violência, religião, simetria, repulsa sexual de conteúdo perverso, entre outros.

Segundo estudo realizado por (Rasmussen e Eisen 1992; 1998 apud CLARK & BECK, 2012, p. 448) em uma amostra de mais de 1000 (mil) pacientes com sintomas predominantes de obsessão, constatou-se que cinqüenta por cento (50%) desses pacientes tinham medo de contaminação, quarenta e dois por cento (42%) sofriam de dúvida patológica como temas mais comuns. Dentre as obsessões menos comuns foram relatadas simetria trinta e dois por cento (32%), agressão trinta e um por cento (31%) e sexo dez por cento (10%).

Em relação às compulsões o estudo revelou a checagem repetida sessenta e um por cento (61%), lavagem ou limpeza cinqüenta por cento (50%), busca de reassseguramento trinta e quatro por cento (34%), como as mais comuns; e o colecionismo dezoito por cento (18%) como a menos comum. Na seção abaixo será demonstrado um modelo comportamental disfuncional no TOC

2.1 Contexto comportamental disfuncional de um paciente com TOC

Considere um indivíduo com TOC que vai a um shopping dirigindo o seu carro.

1. Comportamento: Estaciona o carro, caminha até o shopping;
2. Pensamento Será que tranquei o carro? será tranquei o carro? será que tranquei...(Preocupação excessiva);
3. Pensamento e emoção associada: Meu carro! Alguém deve ter roubado o meu carro, sente-se aterrorizado!;

4. Comportamento: Bem... Vou ter que verificar o meu carro. (Ação de checagem);
5. Comportamento e emoção: Volta e vê o carro no estacionamento. (Recompensa prazerosa de curto prazo);
6. Comportamento: Caminha novamente até o shopping, no meio do caminho pensa se trancou o carro (dúvida patológica do transtorno);
7. Repetição ritual dos passos 2 ao 5.

Este esquema acima foi adaptado de Lambert e Kinsley (2006) e demonstra o circuito em espiral onde se encontram presentes tanto o pensamento obsessivo (dúvida patológica) quanto o comportamento compulsivo (checagem repetitiva), a ele acrescentamos as emoções associadas: medo, terror, satisfação.

2.2 O modelo cognitivo de BECK

Um dos objetivos da TCC consiste em estabelecer uma reestruturação cognitiva, modificando as crenças e avaliações exageradas de uma pessoa com TOC. Na monografia objetivamos estabelecer e apresentar a psicoterapia cognitiva, descrevendo as técnicas utilizadas e o modelo de tratamento deste transtorno, analisando sua eficácia. Realizamos para esse fim uma consulta à literatura especializada tendo como referenciais a SciELO e bibliografia complementar atualizada em torno do tema.

Antes, porém de darmos início à abordagem cognitiva de Beck consideramos importante enumerar as etapas da Psicoterapia segundo Cordioli e Cols, 2008, p. 473):

- Avaliação do paciente e indicação do tratamento;
- Psicoeducação, motivação para o tratamento e estabelecimento da relação terapêutica;
- O início da psicoterapia: Identificação dos sintomas, listagem e hierarquização;
- Exercícios de exposição e prevenção de respostas (ou rituais);
- A fase intermediária: introdução de Técnicas cognitivas;

- Continuação do tratamento: monitoramento e reforço das técnicas cognitivas e comportamentais;
- A alta, a prevenção de recaídas e a psicoterapia de manutenção.

O modelo cognitivo para o tratamento do TOC apresentado por Beck determina algumas diretrizes para o terapeuta que se propõe à psicoterapia cognitiva desse paciente. Entre essas diretrizes encontra-se a necessidade de se avaliar o impacto do TOC sobre os familiares e a influência que eles desempenham na manutenção da sintomatologia do paciente. Outra importante diretriz consiste em avaliar a disposição do paciente para a adesão ao tratamento, posto que em caso de ambivalência por parte do paciente deve o terapeuta reconsiderar a opção do tratamento. Embora o TOC tenha uma alta incidência de utilização de serviços de saúde mental, estando atrás apenas do transtorno de pânico, segundo Karno et al. (1988); Regier et al. (1993), apud CLARK & BECK, (2012, p. 454) a maioria dos indivíduos portadores do transtorno recusam auxílio de tratamento (Pollard et al., 1989) apud CLARK & BECK, (2012, p. 454). “Mesmo entre os que buscam tratamento há geralmente uma demora de 2 a 7 anos do episódio inicial à primeira sessão” (RASMUSSEN; TSUANG, 1986 apud CLARK & BECK, 2012, p. 454). A recusa ao tratamento de EPR (exposição/prevenção de respostas) situa-se em torno de trinta por cento (30%), enquanto outros portadores cerca de vinte e dois por cento (22%) não completam o tratamento segundo Kozak, Liebovitz e Foa (2000) apud CLARK & BECK, (2012, p. 454). As razões pelas quais esses pacientes não buscam tratamento ou se recusam a dar continuidade à TCC são inúmeras, seja por acharem que podem lidar com seus problemas de forma individual, seja por vergonha ou constrangimento para falar de suas obsessões ou compulsões.

Um dos relevantes aspectos do transtorno consiste na incapacidade de reconhecimento do indivíduo da existência de suas obsessões ou compulsões quando seu *insight* (compreensão interna) do problema é pobre e nesse caso a ausência de *insight* atua como preditiva para uma baixa eficácia de resposta ao tratamento.

Na monografia objetivamos estabelecer e apresentar a psicoterapia cognitiva, descrevendo as técnicas utilizadas e o modelo de tratamento deste transtorno, analisando sua eficácia. Realizamos para esse fim uma consulta à literatura

especializada tendo como referenciais a SciELO e bibliografia complementar atualizada em torno do tema que serão desenvolvidos mais adiante.

Primeiramente abordaremos os fatores que atuam como preditivos de uma resposta desfavorável à condução e manutenção do tratamento, geralmente quando se trate de subtipos como o colecionismo compulsivo (CHERIAN; FROST, 2007) ou indivíduos com depressão maior com especificador grave associada ao TOC (ABRAMOVITZ; FOA, 2000) apud (CLARK & BECK, 2012).

Segundo o modelo cognitivo, crenças nucleares disfuncionais e cognições errôneas estão na base da etiologia e manutenção das obsessões e compulsões. Uma adequada avaliação cognitiva será fundamental para estabelecer o diagnóstico. Um dos instrumentos para avaliação do TOC é o ADIS-IV (Entrevista Diagnóstica de Distúrbios de Ansiedade para a DSM-IV). O ADIS-IV é mais altamente recomendado porque a versão ao longo da vida tem excelente confiabilidade entre avaliadores para TOC (Kapa= 0,85; BROWN et al, 2001). O ADIS avalia de forma mais completa o conteúdo das obsessões e compulsões, além da gravidade, grau de *insight*, resistência e padrões de evitação. Sua desvantagem reside no longo tempo de entrevista, entre 2 a 4 horas segundo (TAYLOR, 1998; SUMMERFELDT; ANTONY, 2002).

Com base nessa avaliação poderá o psicoterapeuta cognitivo estabelecer plano de tratamento mais adequado e de acordo com as técnicas que considere mais ajustáveis ao caso. A psicoterapia cognitiva conta com uma série de técnicas cujo objetivo é a reestruturação cognitiva do paciente, ou seja, reestruturar sua relação com o próprio eu, com o outro e com o mundo. Citaremos estas técnicas no próximo tópico.

A avaliação realizada através de entrevista semi-estruturada deve levantar informações importantes sobre o paciente e sobre seus familiares:

- Constatação de comportamentos obsessivos ou compulsivos;
- Situações, objetos, horários ou outros fatores desencadeantes;
- Início insidioso ou abrupto, precoce (infância) ou tardio (adulto);
- Intermitência ou não dos sintomas e existência ou não de regularidade dos sintomas;

- Investigação de alguma condição médica geral (TCE- Traumatismo Cranio encefálico), doença neurológica, acidente vascular cerebral hemorrágico, Síndrome de Gilles de La Tourette, entre outras;
- Tratamentos anteriores para resolução clínica do problema;
- Pensamentos automáticos e crenças disfuncionais subjacentes;
- Grau de prejuízo social, ocupacional e familiar;
- Parentes com TOC (fator genético ou ambiental);
- Histórico de comportamento infantil.

Em termos mais gerais podemos inferir que a TCC atue com maior intensidade na CN obtendo como resultado uma incidência terapêutica na correção dos PA's, nas estratégias compensatórias e no comportamento disfuncional.

2.3 Conceitos importantes da Psicoterapia Cognitiva

2.3.1 *Pensamentos automáticos*

Segundo Beck, 2005 são pensamentos breves, transitórios, espontâneos e involuntários e quase que em sua generalidade constituídos por fluxos de idéias pré-conscientes, que se intrometem no fluxo da consciência do indivíduo. Na maioria das vezes não percebida e não controlados pelo indivíduo. Os pensamentos automáticos podem vir a se tornar conscientes desde que isso seja treinado na psicoterapia. Nas sessões serão avaliados a intensidade e as características das distorções existentes e que sejam prejudiciais ao funcionamento psicossocial do indivíduo, podendo manifestar-se sob as formas verbais e auditivas ou sob ambas as formas, mas que são percebidos pelo indivíduo como verdadeiros e congruentes com a realidade. Durante a psicoterapia estes pensamentos automáticos serão descobertos e examinados, até que se consiga encontrar a associação criada pelo indivíduo com uma (as) crença (s) central (is). Neste momento procurar-se-á demonstrar a irracionalidade de sua existência. Os pensamentos automáticos geralmente antecedem as emoções e são muito confundidos com aquelas, daí a importância do psicoterapeuta auxiliar o paciente a aprender localizar o momento e o modo como

eles surgem em dados momentos de sua vida atuando nas emoções. Sua manifestação pode ocasionar o início de desencadeamento de excitações autonômicas características dos diversos espectros dos transtornos de ansiedade. A seguir são explicados tipos de pensamentos automáticos bastante comuns.

2.3.2 Catastrofização

Previsão de ocorrência de fatos catastróficos no futuro sem nenhum embasamento real e superestimação de possibilidades negativas muitas das quais destituídas de quaisquer fundamentos estatísticos da realidade. Esse pensamento é altamente incapacitante e responsável por muitos comportamentos fóbicos específicos prejudiciais à adaptação social para o portador de TOC. Em tais casos o portador utiliza-se de rituais na tentativa de aliviar a tensão que o perigo imaginário para ele se apresenta como real.

2.3.3 Ditadura do Deveria

Idéia excessivamente rígida de relação entre as situações e de como se comportar perante elas, assim como grande exigência sobre a sua performance nos casos típicos do perfeccionismo.

2.3.4 Desqualificação do positivo

Desconsideração das características positivas em detrimento das negativas, nos casos de pensamento ruminativo na obsessão.

2.3.5 Crenças Intermediárias

Situam-se no nível existente entre os Pensamentos Automáticos e as Crenças Centrais e constituem uma tentativa de reduzir o sofrimento provocado pelas

crenças centrais, constituídas por regras como “eu posso”, “eu devo”, “eu tenho que”, “se... então”.

Segundo Clark (2004, p. 112) apud Clark (2012) seis esferas de crença estão presentes no transtorno obsessivo-compulsivo, conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – As seis esferas de crença do transtorno obsessivo-compulsivo propostas pelo grupo de trabalho de cognições obsessivas-compulsivas.

Esfera de crença	Definição
Excesso de responsabilidade	"... a crença de que o indivíduo tem um poder que é fundamental para causar ou prevenir resultados negativos subjetivamente cruciais" (OCCWG, 1997, P. 677).
Importância exagerada dos pensamentos	"... crenças de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante" (OCCWG, 1997, p. 678).
Superestimativa da ameaça	"... um exagero da probabilidade ou gravidade do dano" (OCCW, 1997, p. 678).
Importância de controlar os pensamentos	"... a avaliação exagerada da importância de exercer controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos intrusivos e a crença de que isso é tanto possível quanto desejável" (OCCW, 1997, p.678).
Intolerância à incerteza	crenças sobre a necessidade de estar certo, a incapacidade pessoal de lidar com mudança imprevisível e funcionamento difícil em situações ambíguas.
Perfeccionismo	"... a tendência a acreditar que há uma solução perfeita para todo problema, que faz alguma coisa perfeitamente (ou seja, livre de erro) não apenas possível, mas também necessário, e que mesmo erros menores terão sérias conseqüências" (OCCWG, 1997, p. 678).

Legenda: OCCWG: Grupo de Trabalho de Cognições Obsessivas-Compulsivas.

Fonte: Clark (2004).

2.3.6 Estratégias Compensatórias

Em dadas circunstâncias as estratégias compensatórias podem servir como instrumentos de adaptação do indivíduo ao meio em que vive ou em sua cultura, entretanto, quando programas cognitivo-afetivo-emocionais são potencializados na formação quantitativa dessas estratégias elas se tornam anormais e resultam em

comportamentos desadaptativos. No caso dos transtornos de ansiedade os temas mais encontrados tais como a sensação de perigo pessoal eminente e a execução de ações hiperativas demonstram como os comportamentos característicos de evitação ou compulsão resultam em estratégias que desadaptam o indivíduo em relação ao seu meio. (BECK, FREEMAN, DAVIS et al., 2005, p. 33-34)

2.3.7 Crenças Centrais ou Nucleares

Constituem conteúdos e "programas cognitivo-afetivo-motivacionais". (BECK, FREEMAN, DAVIS et al., 2005, p. 32) rígidos e primitivos do modo como o indivíduo vê a si próprio, os outros e o mundo, tendo como alguns exemplos alguns conceitos como: se eu não for perfeito não serei amado, se eu me expuser em público serei ridicularizado (crenças muito comuns em indivíduos obsessivos).

2.3.8 Esquemas

Segundo o Núcleo de novas abordagens em Psicoterapia (NUNAP) trata-se de "uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido (...) com base na matriz de esquemas, o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa". Aurélio, (http://www.nunap.com.br/artigos/terapia_cognitiva.html)

2.3.9 Tarefa de casa

Considerada importante como técnica da TC ela objetiva facilitar ao paciente reconhecer e identificar o pensamento obsessivo que antecede ao comportamento compulsivo. A prescrição de tal método deve considerar alguns aspectos importantes: Deverão ser prescritas aproximadamente 10 a 15 minutos antes do término da sessão; deverão ser curtas, afim de não ocupar tempo excessivo do paciente; a cada nova sessão revisar com o paciente durante 10 a 15 minutos a

tarefa da semana anterior revelando ao paciente os resultados da tarefa, prescrevendo uma nova tarefa para a semana seguinte. Entretanto nem todos os pacientes aderem a essa técnica, “ainda que haja forte evidência empírica de uma associação entre melhora do tratamento e adesão à tarefa de casa” conforme Kasantzis, Deane e Ronan (2000).

2.3.10 Questionamento Socrático

Também conhecido como Diálogo Socrático ou Questionamento Socrático é um importante recurso na prática clínica cognitiva. Seu objetivo é através de um intenso questionamento sobre determinado tema levar o indivíduo a perceber falhas em seu raciocínio supostamente lógico. “Tem um papel fundamental na prática da Psicoterapia Cognitiva e pode, inclusive, ser considerada uma de suas principais características”. (BECK et al., 2000; FALCONE, 2001).

De um ponto de vista estrutural do diálogo Socrático podemos considerar os seguintes temas:

- De Memória: Quando isso aconteceu pela primeira vez?
- De Tradução: O que isso significa para você? Como você entende?
- De Interpretação: Esta situação se parece com o que aconteceu no seu trabalho?
- De Aplicação: Como você acha que poderia resolver esse problema?
- De Análise: Que evidências você tem?
- De Síntese: Então o que significa ser médico?
- De Evolução: O que você espera?

Em geral os questionamentos levam o paciente a avaliar a partir de ausências de evidências as distorções cognitivas que ele desenvolveu ao longo da vida a respeito de algum tema que o aflige. Trata-se de levar o paciente a obter insights do que é real e do que é virtual em sua vida, afim de não mais a partir de uma realidade distorcida por cognições errôneas o indivíduo passe a lidar com a realidade de fato,

ponto de partida para a solução de seus sintomas e conseqüentemente de seu sofrimento.

2.3.11 Exposição e prevenção de respostas (EPR)

Surgida “no começo da década de 1970 (...) mostrou ser o primeiro tratamento bem sucedido para o TOC validado de forma empírica (KOBAK et al., 1998)”. “Pesquisas sugerem que de 50 a 75% dos pacientes melhoram com essa psicoterapia, uma taxa de melhora semelhante às das farmacopsicoterapias” (DOLBERG et al., 1996).

“Os pacientes submetidos à exposição e à prevenção de resposta são instruídos a ficarem em contato com estímulos que temem inclusive durante a ansiedade subsequente. Durante essa exposição, os pacientes são orientados a suprimirem ativamente os rituais usuais (respostas) que usam para minimizar a ansiedade. Por exemplo, um indivíduo com obsessão por germes deve entrar em contato com aqueles que mais teme, sem se limpar ou tentar evitá-los. Os pacientes recebem essas tarefas como tema para casa. (...) O tempo médio de psicoterapia é de 10 (dez) horas para pacientes não internados e 20 (vinte) horas para os casos mais difíceis (em geral, os internados)”. (LAMBERT; HOWARD, 2006, p.217).

A diferença entre a técnica da exposição imaginária e a técnica de Prevenção de Resposta consiste no fato de que na primeira a exposição é imaginária e na segunda *in vivo*.

Segundo Cordioli (2008) “os exercícios de EPR devem ter, no mínimo, entre 15 e 30 minutos de duração, podendo durar até 3 horas (...) até o paciente não sentir mais nenhuma aflição ou resposta para executar rituais”.

2.3.12 Técnica das duas teorias (A e B)

Questionamento simples aos pacientes proposto por Salkovskis (Salkovskis; Forrester; Richards, 1998) em que se propõe ao paciente duas alternativas para escolha.

- "Teoria A: Você está de fato contaminado e precisa se lavar porque pode contaminar sua família e ser responsável por doenças e, quem sabe, pela morte de familiares.
- Teoria B: Você é uma pessoa muito sensível a medos de ser contaminado e reage a esses medos de uma forma que compromete sua vida, fazendo um excesso de lavagens seguidas". (Cordioli e cols., p. 479).

Outras técnicas cognitivas existem, mas procuraremos apenas citá-las: Diagrama de conceitualização cognitiva, Registro de pensamento automático, linha do *continuum* da vida, entre outras. O Diagrama de conceitualização cognitiva apresenta-se no anexo 2.

2.4 Algumas técnicas cognitivas de tratamento

2.4.1 Exposição Imaginária

Objetiva dessensibilizar progressivamente sintomas obsessivos ou compulsivos do paciente através de simulações de situações que em condições ambientais reais apresentariam risco de desencadeamento de quadro sintomático, estas são realizadas em contexto ambulatorial ou de consultório, por intermédio de entrevista, geralmente utilizada quando a intensidade dos sintomas não permite uma exposição situacional (*in vivo*) aonde os ambientes possam ser fortemente desencadeadores, colocando o paciente em dados casos sobre risco.

Visa expor a pessoa a objetos causadores da ansiedade provocando níveis de intensidade crescentes impedindo que ela inicie ritual ou estratégias compensatórias que reduziriam sua ansiedade até que ela se habitue à regularidade da técnica a controlar sua compulsão, devido a uma elevação do limiar de tolerância em relação aos objetos fóbicos, tratando-se desse modo de uma técnica que visa o enfrentamento do paciente em relação ao objeto ou situação temidos por habituação. A habituação, segundo Cordioli e cols., (2008, p. 469) consiste no

“Desaparecimento espontâneo das reações de medo ou desconforto que ocorrem sempre que o indivíduo entra em contato direto com objetos ou situações que provocam tais reações, desde que, de fato, não sejam perigosos. A cada nova exposição, a intensidade do desconforto é menor, podendo, com a repetição das exposições, desaparecer por completo.”

2.4.2 Psico-educação

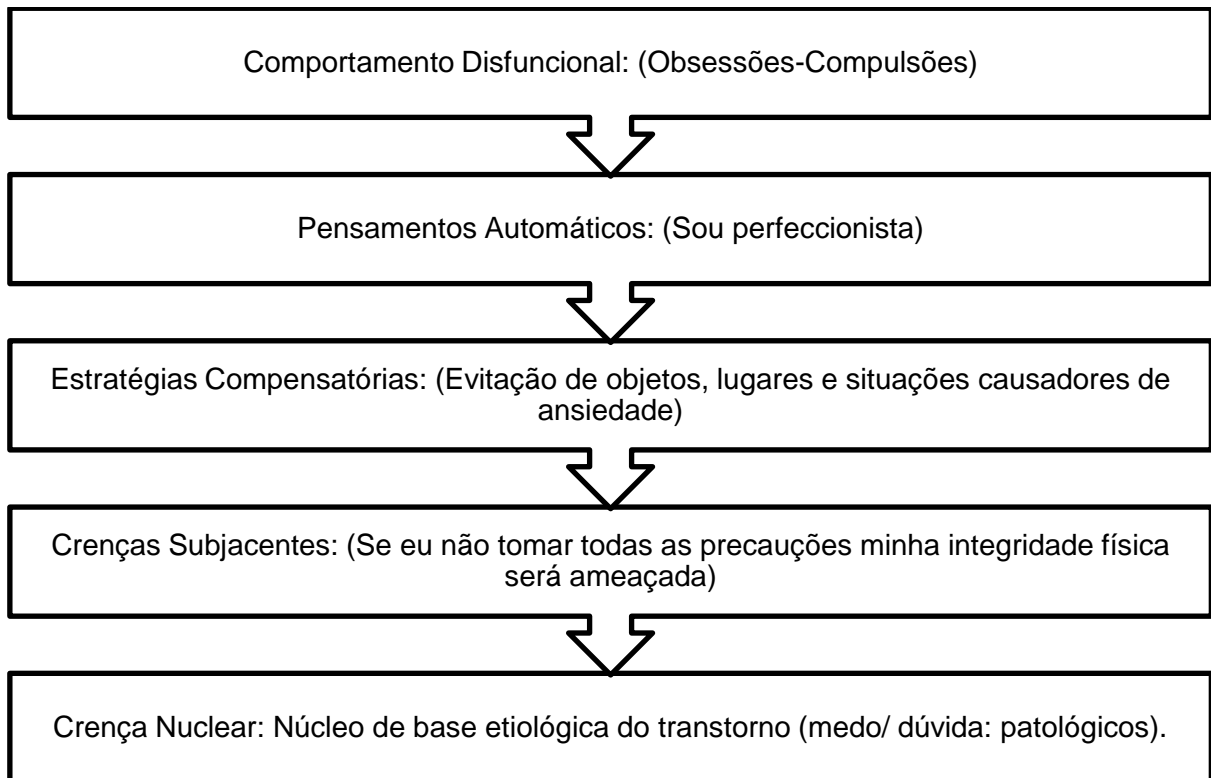
Técnica que visa Informar ao paciente de modo claro sobre o modelo cognitivo do TOC, no que ele consiste, fornecendo o fundamento lógico do tratamento, descrevendo os aspectos clínicos que envolvem o seu transtorno (sintomas e suas formas de manifestação); esclarecendo aspectos do plano de tratamento e o objetivo da psicoterapia cognitiva, tanto quanto a sua eficácia.

2.4.2.1 Vantagens e Desvantagens

A técnica que permite ao psicoterapeuta através de questionamentos comparativos estabelecer quais os ganhos e as perdas do paciente em manter os sintomas, demonstrando a ele a irracionalidade de sua crença disfuncional a partir da demonstração de dados estatísticos que comprovem o exagero de suas obsessões ou compulsões, podendo resultar na redução da intensidade ou na remissão do quadro patológico.

2.4.3 Seta Descendente

Consiste em partir de uma situação em que a queixa do paciente é apresentada e esquematizada, a investigação da formação estrutural do pensamento automático negativo ou disfuncional manifesto, buscando-se em um nível abaixo do pensamento automático manifesto a crença subjacente que o potencializa até se alcançar a crença nuclear que serve de base etiológica para o comportamento disfuncional. Na seqüência há uma apresentação de uso da Seta Descendente:



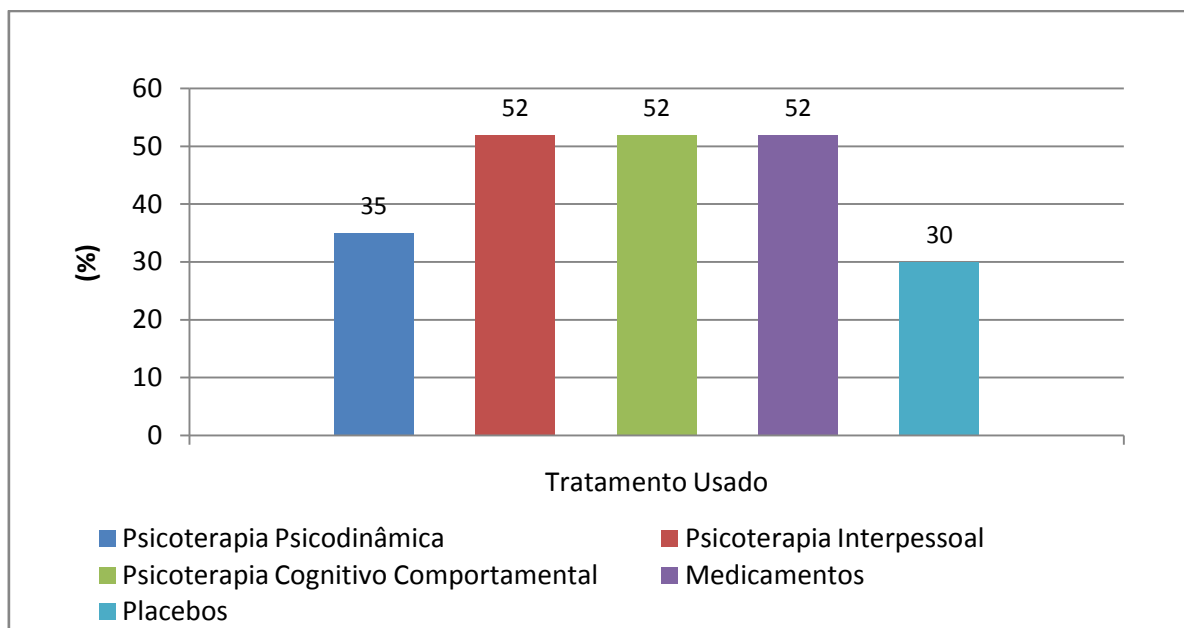
Fonte: BECK et al. (2005), adaptado.

Embora as técnicas propostas pela Psicoterapia cognitiva sejam eficazes deve-se considerar a possibilidade de alta do paciente somente quando a maior parte dos sintomas tiver sido eliminada. Entretanto, como não são raras as recaídas dos sintomas do TOC sugere-se orientar o paciente e treiná-lo em estratégias de prevenção de recaídas.

CAPÍTULO 3- A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA COGNITIVA

Uma metanálise realizada por Hollon, Thase e Markowitz (2002) fez uma revisão exploratória de taxas de resposta de pacientes depressivos à psicopsicoterapia cognitivo-comportamental e à farmacopsicoterapia. Esta metanálise revelou resultados semelhantes, considerando-se a remissão dos sintomas, quando comparados os efeitos terapêuticos da psicoterapia cognitivo-comportamental e psicofármacos. Os índices de eficácia ficaram em torno de cinquenta e dois por cento (52%) para a psicoterapia interpessoal, psicoterapia cognitivo-comportamental e medicamentos (Figura 2).

Figura 2 – Índices de eficácia dos tratamentos usados.



Fonte: Hollon, Thase e Markowitz (2002) apud Lambert e Kinsley (2006), adaptado.

Segundo investigações com PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons) resultados de remissão de sintomas do subtipo compulsão foram encontrados tanto em pacientes tratados com psicofármacos quanto em pacientes submetidos a terapias não-farmacológicas, sendo mais especificamente abordada a psicoterapia cognitiva. Os resultados apresentados na forma de neuroimagens mostraram que foram encontradas “as mesmas mudanças na atividade neural no tálamo e nos gânglios basais” para grupo de pacientes tratados com terapia farmacológica e com psicoterapia cognitiva, evidenciando que ambas as formas de tratamento podem

realmente mudar a função cerebral, (BAXTER et al.,1992; SCHWARTZ et al, 1996 apud GAZZANINGA, 2005, p. 547), embora a amostra do estudo não tenha sido informada.

No entanto, apesar da eficácia da TC muitos pacientes têm recaídas após a alta. Para evitar essa possibilidade recomenda-se monitoramento do paciente, através de sessões de manutenção com certa regularidade, embora espaçadas, lembrando-se, todavia da importância da boa aliança terapêutica que envolva a empatia do terapeuta e a colaboração do paciente.

Vale ressaltar que alguns transtornos associados ao TOC em um mesmo indivíduo contribuem para a não eficácia esperada da TC. Comorbidades como transtornos psicóticos, transtorno depressivo maior, pacientes com antecedentes de abuso de drogas não abstêmios, baixo grau de insight em relação à própria doença, transtornos de personalidade borderline, histriônica, esquizotípica, ansiedade generalizada, fobias específicas, Transtorno do pânico, transtornos somatoformes podem servir de fatores preditivos de má resposta ao tratamento, em função não da ausência da eficácia da TC e suas técnicas, mas da natureza própria desses transtornos que não permitem uma adesão adequada do indivíduo ao tratamento. A razão dessa constatação reside no fato de que tais indivíduos não proporcionam uma boa aliança terapêutica, imprescindível à condução do processo terapêutico e sua finalidade preventiva, curativa ou de manutenção.

Para que se possa obter sucesso no tratamento do TOC um fator é fundamental: o efetivo envolvimento da família, esclarecida pelo terapeuta quanto aos aspectos que envolvem e constituem o TOC e que influenciam o comportamento disfuncional do familiar enfermo.

4. CONCLUSÕES

A área de pesquisa ou a prática clínica no campo da saúde mental, não importando o eixo epistemológico a qual pertença necessita de um embasamento técnico- teórico que sirva de suporte para um confiável projeto de produção do conhecimento ou uma prática clínica baseada em evidências.

A transdisciplinaridade proposta como a interface que inclui disciplinas como a psicologia cognitiva, a psicopatologia geral, a neurociência, a psicofarmacologia e a psiquiatria biológica são instrumentos cada vez mais relevantes no contexto profissional da atualidade, seja em virtude de um encaminhamento correto para outras especialidades, seja como auxiliar para o diálogo técnico entre os diversos profissionais que lidam com problemas específicos, ou complexos do indivíduo portador dos mais variados transtornos mentais.

Vimos no decorrer do presente trabalho a existência de diversos fatores que contribuem para a origem da doença, para o diagnóstico e para a construção de um planejamento de tratamento através de técnicas cognitivas e de conduta psiquiátrica na resolução ou remissão parcial ou completa dos sintomas do TOC.

A partir dos pressupostos teóricos acima apresentados concluímos através dos resultados apresentados pela extensa literatura especializada que a Psicoterapia Cognitiva é eficaz como meio de tratamento para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, na medida em que esta permite a interlocução entre as diversas disciplinas que tratam do indivíduo seja em seu aspecto histórico, biológico, social, ambiental e psíquico (intra e interpessoal).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA- FILHO, N., MARI JJ, COUTINHO E., FRANÇA JF., FERNANDES JG., ANDLEOLI SB., BUSNELLO E d'A. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, Porto Alegre, São Paulo). Revista ABP-APAL. (14): 93-104. 1992.

AMERICANA, ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais- texto revisado- 4ª ed. Washington, DC: APA, 2003.

ANDRADE L, WALTERS EE., GENTIL V., LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psichiate Epidemiol. 37(7):316-25. 2002.

BECK, AARON; CLARK, DAVID. Psicoterapia cognitiva para os Transtornos de Ansiedade. Porto Alegre. Artmed. 1ª ed. Cap. 11, págs. 447- 485. 2010.

BECK, AARON; FREEMAN, ARTHUR; DAVIS, DENISE. Psicoterapia Cognitiva da personalidade. Porto Alegre. Artmed. 2ª ed. Cap.7, p. 142. 2005.

CORDIOLI; COLS. Psicoterapias abordagens atuais. In: Psicoterapia cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo Compulsivo. Porto Alegre. Artmed. 3ª ed. Cap. 26. 2009.

DEL PORTO JA. Distúrbio obsessivo-compulsivo: Fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.

FUENTES, DANIEL e COLS. Neuropsicologia Teoria e prática. In: A neuropsicologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre. Artmed. 1ª ed. Cap. 18. 2008.

GAZZANINGA, MICHAEL e HEATHRTON, TODD. Ciência Psicológica- Mente, Cérebro e Comportamento. In Tratando Transtornos mentais e somáticos. Porto Alegre. Artmed. 2ª ed. Cap. 17. 2005.

JASPERS, KARL. Psicopatologia Geral. Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia. Vol. 1. São Paulo. Editora Atheneu. 8ª ed. P. 13. 2005.

LAMBERT, KELLY; HOWARD CRAIG. Neurociência Clínica. In: Transtornos de ansiedade: transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de Tourette. Porto Alegre. Artmed. 1ª ed. Cap. 7. 2006.

LURIA, ALEKSANDR ROMANOVICH. Neuropsicologia teoria e prática. In: Neurobiologia aplicada à neuropsicologia: A evolução das idéias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. Porto Alegre. Artmed. 1ª ed. Cap. 1. 2008.

MURRAY CL., LOPES AD., Eds. The Global Burden of Disease. Geneva: World Health Organization; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre. Artmed; P. 140. 1993.

RANGÉ, B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre. Artmed. 1ª ed. Cap. 13. 2011.

ANEXO 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TOC

Com sintomas obsessivos: as obsessões segundo critérios diagnósticos do DSM IV- TR são definidas pela presença de sintomas como:

1. pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento;
2. os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real;
3. a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação;
4. a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamentos).

Com sintomas compulsivos: as compulsões segundo critérios diagnósticos do DSM IV- TR são definidas pela presença de sintomas como:

1. comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas;
2. os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

Além dos critérios diagnósticos apresentados pelo DSM IV- TR acima descritos, as diretrizes diagnósticas da Classificação Internacional de doenças, da Organização mundial de Saúde, considera que:

(c) o pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (o simples alívio de tensão ou ansiedade não é, neste sentido, considerado como prazer). OMS, p.141.

Ainda de acordo com a Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10, 1993) há geralmente uma estreita relação entre o Transtorno obsessivo-compulsivo e um transtorno depressivo recorrente, o que torna o TOC na maior parte das vezes um quadro co-mórbido.

Entretanto, se a predominância da obsessão e ou compulsão em relação à depressão for mais característica do ponto de vista diagnóstico deve-se optar pelo transtorno prevalente, uma vez que este pode responder melhor ao tratamento, tanto terapêutico-cognitivo quanto farmacológico, devido à sua especificidade terapêutica e psicofarmacodinâmica (efeito clínico esperado da droga sobre o organismo), sendo aconselhável subsequente tratamento do transtorno concomitante até a remissão completa ou parcial de ambos.

ANEXO 2 – DIAGRAMA DE CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Tabela 3 - Diagrama de conceitualização cognitiva. Copyright Beck JS

