

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

LUIZ CARLOS MOLINARI GOMES

O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E A TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Nicolato

Belo Horizonte

2012

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	1
2	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	2
2.1	EPIDEMIOLOGIA	4
2.2	ETIOLOGIA	5
2.2.1	FATORES GENÉTICOS	5
2.2.2	FATORES NEUROIMUNOLÓGICOS	7
2.2.3	FATORES NEUROQUÍMICOS	8
2.2.4	FATORES NEUROPSICOLÓGICOS	8
2.2.5	NEUROIMAGENS	11
2.3	QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO	12
2.4	DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	16
2.5	CURSO DA DOENÇA E PROGNÓSTICO	17
2.6	TRATAMENTO	18

2.6.1	TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	19
2.6.1.1	CRENÇAS DISFUNCIONAIS E PSICOEDUCAÇÃO	22
2.6.1.2	MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC	24
2.6.1.3	ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DO TOC	28
2.6.2	TERAPIA COMBINADA	35
3	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41

LISTA DE ABREVIATURAS

BDNF- Fator neurotrófico derivado do cérebro

CMI - Clomipramina

CPF – Córtex pré-frontal

CY-BOCS – Children’s Y-BOCS

DCS – D-cicloserina

DSM / IV – Diagnóstico de Saúde Mental / IV

EPR – Exposição e Prevenção de Resposta

FDA – Food and Drug Administration

FE – Funções executivas

GLU – Glutamato

ISRSs-Inibidores seletivos de recaptção de serotonina

OCD – Obsessive-compulsive Disorder

OCI-R – Obsessive-Compulsive Inventory Revised

PA – Pensamento automático

PANDAS –Pediatric Autoimmune Neuropsychiatry Disorders after Streptococcus

PET – Tomografia por emissão de pósitrons

POTS – Pediatric OCD Treatment Study

QI – Quociente intelectual

RM – ressonância magnética

SER - sertralina

SOC – Sintomas obsessivo-compulsivos

TC – Tomografia computadorizada

TC – Terapia cognitiva

TCCG – Terapia cognitivo-comportamental em grupo

TDAH- Transtorno de déficit de atenção/hipertatividade

TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo

TCC - Terapia cognitivo-comportamental

Y-BOCS –Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

RESUMO

O TOC é um transtorno de ansiedade crônica. Embora a medicação e avanços de psicoterapia tenham sido muito úteis para os pacientes, muitos não respondem adequadamente aos testes iniciais de medicamentos serotoninérgicos ou à TCC, e necessitam de ensaios clínicos de tratamento múltiplo ou terapias de combinação. As comorbidades também podem influenciar a resposta ao tratamento. O papel das infecções estreptocócicas em pacientes pediátricos com TOC se tornou uma área de intenso escrutínio e controvérsia. Neste estudo, os métodos atuais de tratamento para o TOC foram revistos, com especial atenção às estratégias para o tratamento de TOC em crianças e em pacientes com transtornos comórbidos (tique). Estratégias alternativas de psicoterapia para os pacientes que são altamente ansiosos em começar TCC, como a terapia cognitiva ou associação com D-cicloserina devem ser revistos. Questões mais recentes a respeito do uso de antibióticos, neurolépticos, e moduladores de glutamato no tratamento do TOC também foram citados.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno obsessivo-compulsivo, terapia de exposição e prevenção de resposta, doenças mentais, medicação serotoninérgica.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic anxiety disorder. While medication and psychotherapy advances have been very helpful to patients, many patients do not respond adequately to initial trials of serotonergic medication or cognitive-behavioral therapy (CBT) and require multiple treatment trials or combination therapies. Comorbidity may also influence treatment response. The role of streptococcal infections in pediatric OCD has become an area of intense scrutiny and controversy. In this article, current treatment methods for OCD will be reviewed, with special attention to strategies for treating OCD in children and in patients with comorbid tic disorders. Alternative psychotherapy strategies for patients who are highly anxious about starting CBT, such as cognitive therapy or augmentation with D-cycloserine, will be reviewed. Newer issues regarding use of antibiotics, neuroleptics, and glutamate modulators in OCD treatment will also be explored.

KEYWORDS: OCD, exposure/response prevention therapy, mental disorder, serotonergic medication

1.INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade, de caráter crônico, muitas vezes incapacitante, com obsessões e/ou compulsões, ou, mais tipicamente, ambos. Esta condição comum tem uma prevalência de 1,6% - 2,3%, com início próximo aos 20 anos, com um menor pico de início mais precoce na pré-adolescência; muito mais comum em meninos do que meninas, pode estar associada à comorbidade tique. As crianças são mais susceptíveis de apresentar compulsões isoladamente, ou ter compulsões leves atípicas de adultos com TOC, tais como rituais de piscar ou respirar.

Inicialmente, o TOC, no sentido de evidenciar sua importância, é abordado em sua conceituação, envolvendo os aspectos de epidemiologia, etiologia, englobando os fatores genéticos, neuroimunológicos, neuroquímicos, neuropsicológicos e de neuroimagens envolvidos.

Na seqüência, tratamos do Quadro Clínico e Diagnóstico do TOC, comentamos sobre o Diagnóstico Diferencial com outros transtornos, e tratamos do curso da doença e do prognóstico.

No item seguinte, comentamos o que diz a literatura sobre o tratamento deste transtorno, no que diz respeito à psicofarmacoterapia e à terapia cognitivo-comportamental (TCC), englobando todos os seus aspectos cognitivo-comportamentais, as crenças disfuncionais e a psicoeducação, que desempenham papel importante nesta abordagem do portador do TOC.

A seguir, enfatizamos o Modelo Cognitivo-Comportamental do TOC, levantamos dados sobre as sessões e estratégias de tratamento de TCC para o TOC, e, por último, faz-se a abordagem da Terapia Combinada. Este estudo apresenta um levantamento dos trabalhos na literatura em relação ao TOC e às Psicoterapias Cognitivas. Tenta elucidar, através dos conceitos difundidos, de forma abrangente, o Modelo Cognitivo-Comportamental como sendo uma ferramenta para o tratamento do TOC. A metodologia utilizada para o estudo é a pesquisa bibliográfica na literatura, confrontando os métodos cognitivos em suas abordagens existentes, associados ou não à psicofarmacoterapia. Espera-se, com este trabalho, que haja

uma contribuição para a atualização das técnicas existentes para o tratamento do TOC, patologia de prevalência tão importante.

As duas principais estratégias de tratamento para o TOC são a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e medicamentos serotoninérgicos. Os indicadores da qualidade dos tratamentos serão revistos, com especial atenção aos cuidados de pacientes pediátricos. Devido à alta taxa de resistência ao tratamento do TOC, algumas novas estratégias, como Terapia Cognitiva (TC), que não enfatiza exposição, e aumento de medicação com neurolépticos ou moduladores de glutamato (GLU) também serão citadas.

2. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Segundo Sadock & Sadock (2011), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de pensamentos intrusivos recorrentes, associados à ansiedade ou tensão e/ou ações físicas ou mentais repetitivas intencionais, com o objetivo de reduzir os medos e tensões causados pelas obsessões. A palavra *obsessão* é freqüentemente usada na fala cotidiana para indicar qualquer interesse ou preocupação que alguém considere extrema ou exagerada. Trata-se de uma definição bastante ampla e também subjetiva. Na psicologia, contudo, define-se a obsessão como pensamentos ou imagens intrusivos e recorrentes que um indivíduo considera indesejáveis ou desagradáveis e dos quais tenta se livrar. O comportamento pelo qual ele tenta se livrar é conhecido como compulsão, segundo Leahy (2011). As obsessões e/ou compulsões consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, na vida familiar ou social, e causam acentuado sofrimento. Cada vez mais se torna evidente que a maioria dos casos de TOC começam na infância ou na adolescência, e sua apresentação clínica é semelhante à dos adultos. A única alteração nos critérios diagnósticos para crianças incluída na revisão de texto da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002), é que as crianças, não necessariamente, demonstram estar cientes de que seus pensamentos ou comportamentos são irracionais.

Critérios Diagnósticos para F42. 8 - 300.3 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (DSM-IV) (APA,2002).

A. Obsessões ou compulsões:

- Obsessões definidas por (1), (2), (3) e (4):

(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).

- Compulsões, definidas por (1) e (2):

(1) comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por exemplo, 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 a 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 a neutralizar ou evitar, ou são claramente excessivos.

B. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Nota: Isso não se aplica a crianças.

C. As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D. Se outro transtorno do Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por exemplo, preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de Tricotilomania; preocupação com a aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação com ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma Parafilia; ruminações de culpa na presença de Transtorno Depressivo Maior).

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar: Com Insight Pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais (DSM-IV) (APA,2002).

2.1 EPIDEMIOLOGIA

O TOC é comum entre crianças e adolescentes, com prevalência conjunta de cerca de 0,5% e taxa ao longo de toda a vida de 1 a 3%. A taxa de TOC aumenta de forma exponencial com a idade entre os jovens, com taxas de 0,3% em crianças entre 5 e 7 anos, que aumentam para 0,6% entre adolescentes. As taxas de TOC entre adolescentes são mais altas do que as de outros transtornos, como Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar. Entre crianças pequenas com TOC, parece haver uma ligeira predominância masculina, a qual diminui com a idade.

De acordo com Cordioli & Braga (2011), estudos epidemiológicos mostram que o TOC acomete cerca de 2-3% da população em geral, e está associado a prejuízos na maioria dos domínios da qualidade de vida, sendo a prevalência semelhante para homens e mulheres. No entanto, em crianças, a doença é mais comum em meninos. Seu curso geralmente é crônico, com os sintomas variando em intensidade e, se não tratado, com muita frequência podem manter-se por toda a vida. Por vários motivos, é considerado um transtorno mental grave, iniciando, geralmente, na adolescência e muitas vezes ainda na infância, sendo raro seu início depois dos 40 anos. Em aproximadamente 10% dos casos, seus sintomas são incapacitantes. Indivíduos

com TOC apresentam uma sintomatologia heterogênea, uma ampla gama de comorbidades e diferentes percentuais de resposta aos tratamentos. Estudos epidemiológicos mostram que a maioria dos portadores tem pelo menos outro transtorno psiquiátrico associado, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade, como a Fobia Social ou as Fobias Específicas, e o Transtorno Depressivo Maior. Entre as pessoas com TOC, 20-30% têm um histórico, atual ou passado, de tiques (Cordioli & Braga, 2011).

2.2 ETIOLOGIA

Até o presente momento, as causas do TOC não são bem conhecidas. Como os sintomas são heterogêneos, não está claro se constituem um único transtorno ou um grupo de transtornos com características em comum. Na prática, as apresentações clínicas, o início da doença, o curso, os aspectos neurofisiológicos, neuropsicológicos e cognitivos, bem como a resposta aos tratamentos, variam muito de indivíduo para indivíduo. Existem fortes evidências de que fatores biológicos e a incidência familiar (genética) tornam certos indivíduos mais suscetíveis a desenvolver o transtorno. O aparecimento dos sintomas na vigência de doenças cerebrais, a hiperatividade verificada em certas regiões do cérebro em portadores do TOC, as alterações da neurofisiologia cerebral relacionadas com a serotonina e a redução dos sintomas com neurocirurgia constituem evidências do envolvimento cerebral no transtorno. Além das causas biológicas, existem também as explicações psicológicas e comportamentais (Cordioli & Braga, 2011).

2.2.1 Fatores genéticos

O TOC é um transtorno heterogêneo, cuja incidência familiar é reconhecida há décadas. Estudos de famílias documentam risco pelos menos quatro vezes maior de TOC de início precoce em parentes de primeiro grau. Além disso, a presença de conjuntos subclínicos de sintomas em membros da família parece se reproduzir. Estudos de genética molecular sugeriram a ligação a regiões dos cromossomas 2 e 9 em certas linhagens com múltiplos membros que exibem TOC de início precoce. Estudos de gene candidato foram inconclusivos. Estudos de famílias apontaram para uma relação entre o TOC e transtornos de tique, como o Transtorno de Tourette. Acredita-se que o TOC e os transtornos de tique tenham fatores de suscetibilidade

em comum, em um “espectro obsessivo-compulsivo”, juntamente com outras condições, que incluem transtornos da alimentação e transtornos somatoformes que podem ser responsáveis pela expressão dos sintomas repetitivos estereotipados (Sadock & Sadock, 2011).

De acordo com Leahy (2011), há uma significativa predisposição genética para o TOC. Gêmeos idênticos são quatro vezes mais propensos do que os não idênticos a reproduzirem o outro em termos de TOC, o que aponta para o componente genético. Segundo Walsh & McDougle (2011), há comorbidade dos pacientes com TOC e outras condições psiquiátricas em 79,7%, podendo afetar a resposta ao tratamento. Em adultos com TOC, a comorbidade com Depressão Maior é vista em 54% dos pacientes; transtornos de ansiedade e transtornos de uso de álcool também são comuns. Em doentes pediátricos com TOC, há comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) (34% -51%). Com tiques (20%-80%) também é comum.

A heterogeneidade do TOC foi sugerida por alguns autores, entre eles, Mataix-Cols *et al.* (2010). Diferentes dimensões de sintomas têm sido identificadas no TOC, podendo coexistir no mesmo paciente, e serem estáveis ao longo do tempo. Até o momento, estudos de análise fatorial identificaram quatro dimensões: contaminação/lavagem, obsessões/verificações, colecionismo e simetria/ordem (Mataix-Cols *et al.*,2005). Estas dimensões foram associadas com padrões distintos neuronais, comórbidos e clínicos, bem como com diferenças quanto à resposta aos tratamentos. Atualmente, tem sido proposto que o colecionismo seja considerado um transtorno específico, distinto do TOC.

Além da genética, há também uma probabilidade maior de anormalidades do nascimento, de traumatismos cranianos, epilepsia, encefalite, meningite e coreia de Sydenhan (devido à febre reumática) e uma maior frequência de leves déficits neurológicos. As crianças com TOC têm um índice mais alto de dano subcortical e níveis mais altos de hormônio estimulante da tireóide (TSH) (Leahy, 2011).

2.2.2 Fatores neuroimunológicos

Ao longo dos últimos 15 anos, surgiu controvérsia sobre a possível associação de início do TOC em pré-púberes com faringite estreptocócica, conhecido como Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders after Streptococcus (PANDAS). A associação do surgimento de síndromes de TOC após exposição ou infecção por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A em um subgrupo de crianças e adolescentes levou a estudos da resposta imune neste transtorno. Casos de TOC desencadeados por infecções foram denominados PANDAS, e acredita-se que sinalizem um processo autoimune como o da coreia de Sydenham durante a febre reumática. Especula-se que a exposição a bactérias estreptocócicas ative o sistema imune, levando à inflamação dos gânglios da base, o que resulta em distúrbio da função cortical-estriatal-tálamo-cortical. Imagens de Ressonância Magnética (RM) documentaram uma relação proporcional entre o tamanho dos gânglios da base e a gravidade dos sintomas de TOC. A apresentação do TOC em crianças e adolescentes devido à exposição aguda ao *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A representa uma minoria dos casos do transtorno nesta população. Critérios de PANDAS: (a) início abrupto de TOC e / ou tiques em pré-púberes; (b) significativo comprometimento após 48 horas do início dos sintomas, (c) associação de coreia ou hiperatividade, e (d) associação temporal de exacerbações com pelo menos duas infecções estreptocócicas (Walsh & McDougle, 2011).

Títulos de estreptococos e culturas positivas são muito frequentes em crianças durante os surtos estreptocócicos regionais, desencadeando a exigência de exacerbações de duas infecções associadas. Entretanto, a eficácia da prevenção de PANDAS com antibioticoterapia é questionada, assim como a própria teoria da associação de PANDAS com TOC permanece controversa, pois há trabalhos em que não se encontraram tal correlação (Walsh & McDougle, 2011). Consenso entre os especialistas, as atuais diretrizes recomendam que as crianças com PANDAS devem ser tratadas com antibióticos apenas durante infecções agudas estreptocócicas e que sejam tratadas concomitantemente para o TOC com o padrão TOC, medicação e psicoterapia (Swedo *et al.*, 2004).

2.2.3 Fatores neuroquímicos

O envolvimento de diversos sistemas de neurotransmissores, incluindo o sistema serotoninérgico e o dopaminérgico, foi proposto como fator contribuinte ao surgimento do TOC. A observação de que os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) diminuem os sintomas de TOC, juntamente com os achados de sensibilidade alterada à administração aguda de agonistas da 5-hidroxi-triptamina, corrobora a probabilidade de que o sistema serotoninérgico seja importante no TOC. Além disso, acredita-se que o sistema dopaminérgico influencie este transtorno, especialmente à luz da comorbidade frequente do TOC com transtornos de tique em crianças. Observações clínicas indicam que as obsessões e compulsões podem ser exacerbadas durante o tratamento do TDAH (outra comorbidade frequente) com agentes estimulantes. Antagonistas da dopamina administrados juntamente com ISRSs podem complementar a eficácia destes no tratamento do transtorno. É mais provável que vários sistemas de neurotransmissores atuem no TOC (Sadock & Sadock, 2011).

2.2.4 Fatores neuropsicológicos

Muitos estudos têm mostrado que portadores de TOC apresentam pior desempenho quanto à flexibilidade cognitiva, outros mostraram menor capacidade de abstração, prejuízo quanto à capacidade de mudar o cenário cognitivo e mais propenso à distração da atenção quando comparados com controles saudáveis. Em contraste, outras pesquisas não encontraram prejuízo na flexibilidade cognitiva (Braga, 2011).

Segundo Izquierdo (2002), memória é a função cognitiva do cérebro e de outros sistemas neurais responsável pela aquisição, formação, conservação e evocação de informações. A aquisição pode ser entendida como aprendizagem, pois só se grava aquilo que foi aprendido. A evocação pode ser chamada de recordação, lembrança ou recuperação. A memória, fenômeno biológico e psicológico, não está localizada em uma estrutura isolada do cérebro; depende de estruturas localizadas em diferentes regiões do sistema nervoso: lobo frontal, sistema límbico e lobo temporal (Sternberg, 2000).

Estudos sobre memória em pacientes com TOC têm encontrado resultados inconsistentes. A memória visuo-espacial, capacidade de o sujeito perceber e manipular objetos no espaço, tem sido amplamente investigada em pessoas com TOC. Tais estudos sugerem que os problemas de memória encontrados no TOC são decorrentes dos problemas organizacionais causados pela disfunção executiva primária. Déficits de memória parecem estar menos relacionados com a capacidade de memória em si e mais relacionados com o grau de organização necessária para efetivamente completar uma tarefa (Penadés *et al*, 2005). Os testes neuropsicológicos que investigam memória, geralmente avaliam uma combinação de várias funções na execução da tarefa e não a função cognitiva específica. Portanto, há indícios de que os déficits de memória no TOC estejam associados a uma deficiência na interação das funções cognitivas, sugerindo que o prejuízo observado na memória verbal e não-verbal seja secundário aos déficits das funções cognitivas associadas ao lobo frontal.

Estudos sobre a associação das dimensões e o funcionamento neurobiológico e neuropsicológico encontraram resultados contraditórios e pouco conclusivos. Os estudos neuropsicológicos das dimensões do TOC apresentam resultados controversos, que podem ser explicados, em parte, pelo pequeno tamanho das amostras ou pela sensibilidade insuficiente de testes neuropsicológicos empregados, bem como pela dificuldade de entendimento e gama de instrumentos para avaliar as dimensões do TOC (Braga, 2011).

Além dos aspectos neurobiológicos, deve-se também levar em conta os componentes neuropsicológicos que envolvem o TOC. A neuropsicologia contemporânea tem contribuído com estudos e descobertas quanto ao impacto das regiões pré-frontais do cérebro na atividade cognitiva e comportamental e sua significativa associação. A avaliação neuropsicológica de pacientes com TOC tem sido objeto de estudos para compreensão do funcionamento neuroanatômico e neurofisiológico envolvidos no TOC. E, nos últimos 15 anos, segundo levantamento por Braga (2011), as publicações se avolumaram em relação aos aspectos cognitivos deste transtorno. Dentre elas, destacam-se a atenção, funções executivas FE (flexibilidade mental, fluência, resolução de problemas, planejamento e tomada

de decisão) e memória (verbal, não verbal e visuo-espacial), envolvendo vários testes para o estudo destas funções no TOC.

A atenção é a função que nos possibilita processar uma quantidade limitada de informações através dos nossos sentidos, de nossas memórias e de outros processos cognitivos (Sternberg, 2000). Os resultados dos estudos dos processos cognitivos da atenção no TOC têm sido contraditórios: alguns estudos sugerem que pacientes com TOC não apresentam prejuízo quando comparado com controles, outros sugerem funcionamento mais lento dos portadores do TOC quando comparados com controles saudáveis; alguns não usaram controle para o uso de medicações (ISRS e benzodiazepínicos), o que pode ter influenciado nos resultados. Há outros que nunca usaram medicação ou estavam sem usar há mais de seis meses, e mesmo assim tiveram pior desempenho nos testes de atenção (Braga, 2011).

Em alguns pacientes, os testes mostram atenção prejudicada no TOC; em outros pacientes, a atenção global e a memória de trabalho estão preservadas. Tais discrepâncias podem ser explicadas pelas diferenças clínicas das amostras dos estudos, ou o tamanho da amostra foi maior do que nos outros estudos, o que facilita encontrar diferenças estatísticas.

Pacientes com TOC apresentam pior desempenho quanto à velocidade psicomotora e de processamento da informação, corroborando a hipótese da influência das regiões dos gânglios basais e tálamo na patogênese do TOC. Segundo Braga (2011), diferentes estudos revelam déficits em pacientes com TOC quanto à atenção seletiva, inibição da atenção e déficit na habilidade de inibir o processamento e ignorar a informação; além da inibição da atenção como processo cognitivo, os portadores de TOC apresentam pior desempenho do que os controles saudáveis na inibição da resposta motora, sugerindo assim déficits no circuito fronto-estriatal que media as funções de controle inibitório.

Em relação às Funções Executivas (FE), são funções mentais que modulam habilidades mais elementares: funções senso-perceptivas, motoras e as atentivo-mnésicas, responsáveis por considerar os eventos do passado, monitorar a situação presente e fazer previsões quanto ao futuro. As FE estão associadas à integridade

dos lobos frontais e às suas conexões. Além disso, são responsáveis por considerar todos os elementos de uma dada situação para então antecipar as situações, selecionar os objetivos, planejar as respostas, reavaliar e iniciar as respostas planejadas, monitorar as respostas em execução e avaliar suas consequências de modo a modificar o comportamento.

2.2.5 Neuroimagens

As Tomografias Computadorizadas (TCs) e RMs (ressonâncias magnéticas) de crianças e adultos com TOC não tratado revelam volumes menores de segmentos dos gânglios da base do que em controles normais. Em crianças, existe a sugestão de que o volume talâmico está aumentado. Estudos de adultos fornecem evidências de hipermetabolismo das redes cortical-estriatal-tálamo-corticais frontais em indivíduos com TOC não tratado. É interessante notar que estudos de neuroimagens antes e depois do tratamento revelam que tanto a medicação quanto as intervenções comportamentais levaram à redução das taxas metabólicas orbitofrontais e do caudado em crianças e adultos com TOC (Sadock & Sadock, 2011).

Segundo Vázquez Rivera S. *et al.* (2010), apesar da variedade de limitações metodológicas, estudos de neuroimagem iniciais mostram que intervenções psicológicas relacionadas com transtornos de ansiedade podem alterar o funcionamento do cérebro, incluindo o TOC, entre outros, em pacientes que respondem ao tratamento. Os trabalhos conduzidos nos EUA usaram o PET (Tomografia de Emissão de Pósitrons) para avaliar a atividade cerebral, enquanto os grupos japoneses e alemães usaram a RM. Mecanismos de neuromodulação relacionadas com transtornos de ansiedade específicos continuam a ser desvendados. Estudos futuros deverão delinear o processo de "normalização" que ocorre no cérebro durante um tratamento psicológico, ajudando a enriquecer os modelos neurobiológicos atuais nas origens, manutenção e tratamento dos transtornos de ansiedade.

Segundo Braga (2011), os sistemas neurais envolvidos no TOC foram investigados através de estudos de neuroimagem funcional, tais como PET, Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT), Ressonância Magnética

funcional (RMf) e Morfometria Baseada em Voxel (VBM). Estes estudos forneceram evidências consistentes de aumento ou diminuição no funcionamento em regiões como o córtex cingulado anterior, Córtex Pré-Frontal (CPF) e o núcleo caudado.

Estudos de neuroimagem identificaram uma forte associação entre o TOC e um aumento do metabolismo do CPF, giro cingulado anterior, córtex lateral, frontal e temporal, núcleo caudado, tálamo, amígdala e ínsula. Além disso, a repetição desses achados de neuroimagem em parentes de primeiro grau de pacientes com TOC sugere que as alterações cerebrais fronto-estriatais seriam um marcador endofenotípico do TOC. Os circuitos fronto-subcorticais têm sido os mais estudados e associados ao TOC, apesar do envolvimento de outras áreas cerebrais tais como cerebelo, cingulado posterior e dorsal, córtex parietal, córtex insular anterior na fisiopatologia do transtorno.

2.3 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Crianças e adolescentes com obsessões ou compulsões costumam ser encaminhados para tratamento devido ao tempo excessivo que dedicam aos seus pensamentos intrusivos e rituais repetitivos. Algumas crianças não percebem os rituais compulsivos como respostas razoáveis a medos e ansiedades extremos. Mesmo assim, elas estão cientes de seu desconforto e da incapacidade de realizar atividades diárias habituais em tempo normal devido às compulsões, tais como aprontar-se para sair de casa e ir para a escola pela manhã.

As obsessões mais comuns relatadas em crianças e adolescentes incluem o medo extremo de contaminação e exposição à sujeira, germes ou doenças, seguidos de preocupações relacionadas a situações negativas que possam ocorrer a elas mesmas ou familiares e o medo de ferir outras pessoas devido à perda de controle sobre impulsos agressivos.

Segundo Leahy (2011), dentre os rituais encontrados entre os portadores de TOC, os mais comuns são os de verificação e limpeza (53% e 50% respectivamente); 36% têm rituais de contagem, 31% precisam se confessar, 28% tem rituais de simetria, 18% têm rituais de guardar e 19% são puramente obsessivos (pensamentos puros). Rituais múltiplos são relatados por 48% das pessoas com TOC, ao passo que 60%

relatam obsessões múltiplas. Suas obsessões e compulsões interferem na vida do casal e produzem estresse e conflito.

São comuns os relatos de uma necessidade obsessiva de simetria ou exatidão, colecionismo e preocupações religiosas ou morais excessivas. Os rituais compulsivos típicos entre crianças e adolescentes, assim como em adultos, envolvem limpar, verificar, contar, repetir comportamentos e organizar ítems. As características associadas ao TOC incluem esquiva, indecisão, dúvida e lentidão em concluir tarefas. Obsessões e compulsões estão presentes na maioria dos casos do transtorno entre jovens. Segundo o DSM-IV-TR (2), o diagnóstico é idêntico ao de adultos, com a ressalva de que não se exige que as crianças, ao contrário dos adultos, reconheçam que suas obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Segundo Sadock & Sadock (2011), a maioria das crianças que desenvolve TOC tem apresentação gradual e pode esconder seus sintomas quando possível, enquanto uma minoria, particularmente meninos com início precoce do transtorno, pode desenvolver rapidamente múltiplos sintomas dentro de alguns meses. O TOC, com frequência, é comórbido com outros transtornos psiquiátricos, especialmente outros transtornos de ansiedade. Também se verificam taxas mais altas do que as esperadas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e transtornos de tique, incluindo transtorno de Tourette, entre crianças e adolescentes com TOC. Crianças com TOC e transtornos de tique comórbidos têm maior probabilidade de exibir compulsões de contar, organizar e ordenar, e menor probabilidade de manifestar compulsões de limpeza e excesso de higiene. A alta comorbidade entre TOC, transtorno de Tourette e TDAH levou pesquisadores a postularem a vulnerabilidade genética comum aos três transtornos. É importante investigar possíveis comorbidades em crianças e adolescentes com TOC para que o tratamento mais eficaz possa ser administrado.

Segundo Walsh & McDougle (2011), há comorbidade dos pacientes com TOC e outras condições psiquiátricas em 79,7%, podendo afetar a resposta ao tratamento. Em adultos com TOC, a comorbidade com Depressão Maior é vista em 54% dos pacientes; transtornos de ansiedade e transtornos de uso de álcool também são comuns. Em doentes pediátricos com TOC, há comorbidade

com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) (34% -51%) e transtornos de tiques (20%-80%) também são comuns.

A sequência que caracteriza o TOC é o surgimento de certos pensamentos que parecem surgir sem razão aparente; sentimento de que tais pensamentos são desagradáveis; urgência em suprimir ou expurgar tais pensamentos da mente, e urgência simultânea de aplacar esses pensamentos por meio de certos comportamentos compulsivos.

Tudo isso é parte do TOC e pode exercer uma influência sobre a maneira como pensamos e agimos. São exemplos típicos de pensamentos obsessivos: que você corra o risco de ser contaminado; não tenha percebido um erro; tenha inadvertidamente causado dano a alguém; tenha deixado algo inacabado; precise organizar as coisas de maneira específica; esteja prestes a dizer ou fazer algo inadequado.

Com o TOC, a pessoa experimenta esses pensamentos desagradáveis como algo que está além de seu controle. Eles são intrusos indesejáveis que penetram no fluxo de consciência. Os pacientes obsessivos estão, em geral, cientes de que há algo irracional em seus pensamentos (o que os distingue dos psicóticos), mas, ainda assim, os pensamentos não parecem menos impositivos. Frequentemente, há uma urgência em fazer alguma coisa, em se comportar de uma maneira tal que satisfaça ou neutralize a obsessão. As compulsões podem incluir: verificar as fechaduras das portas constantemente, lavar as mãos repetidamente, evitar qualquer contato com sujeira, perfeccionismo extremo em relação às tarefas, guardar objetos desnecessários ou buscar constantemente o apoio dos outros. As compulsões podem ser também rituais mentais, tais como os de substituir um pensamento indesejável por uma imagem ou repetir silenciosamente um pensamento neutralizador, tal como uma reza ou outra forma de falar consigo mesmo. A crença subjacente é a de que, se esses impulsos forem obedecidos, se todos os pequenos rituais forem realizados, os pensamentos indesejados desaparecerão da mente. Infelizmente, isso acontece raras vezes ou, quando acontece, o desaparecimento é bastante temporário.

Segundo Cordioli (2008), o paciente experimenta suas obsessões como intrusivas. É como se ele se sentisse bombardeado por sua mente, e tentasse escapar dela por meio da neutralização, evitando situações que levem às obsessões ou mesmo gritando consigo mesmo para parar de ter esses pensamentos perturbadores, bizarros e, talvez, até perigosos. A reação normal aos pensamentos obsessivos é querer impedi-los.

O TOC, na maioria das vezes, interfere de forma acentuada na vida da família, que é obrigada a acomodar-se aos sintomas, alterar suas rotinas, restringir o uso de espaços e objetos, o que é motivo para constantes conflitos. Até pouco tempo atrás, era considerado um transtorno de difícil tratamento.

Cordioli & Braga (2011) mencionam alguns estudos que têm identificado diferentes dimensões de sintomas do TOC, a saber: contaminação e lavagem; simetria, verificações e ordem; pensamentos indesejáveis (repugnantes) geralmente, sobre sexo, agressão e religião (blasfêmias e escrupulosidade) e o colecionismo. Por outro lado, algumas pesquisas têm entendido o colecionismo como sendo um transtorno único, distinto do TOC. Estas dimensões de sintomas têm sido associadas a características clínicas, como comorbidades, idade de início do TOC, e em relação ao tratamento, resposta aos inibidores seletivos de recaptção de serotonina.

Atualmente, há debates que antecedem a nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM/V), sobre incorporar ou não especificadores dimensionais nos critérios diagnósticos do TOC. Levando-se em conta os prós e contras de tal decisão, as principais desvantagens são a variedade de instrumentos que avaliam as dimensões de Sintomas Obsessivos-Compulsivos (SOC) e a escassez de um instrumento que seja considerado o “padrão-ouro” para tal avaliação; ainda não existe um consenso universal quanto às quais seriam estas dimensões; além disso, tal decisão pode reduzir o poder e obscurecer os resultados dos estudos de história natural, os ensaios clínicos e de neuroimagem (Cordioli & Braga, 2011).

2.4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Os rituais apropriados à fase do desenvolvimento nas brincadeiras e no comportamento de crianças pequenas devem ser diferenciados do TOC nesta faixa etária. Crianças em idade pré-escolar muitas vezes criam jogos ritualísticos e requerem uma rotina previsível, como tomar banho, ler histórias ou levar sempre o mesmo brinquedo para a cama na hora de dormir para promover a sensação de segurança e conforto. Estas rotinas acalmam os medos normais do crescimento e levam à conclusão razoável das tarefas diárias, ao contrário das obsessões ou compulsões, que são motivadas por medos extremos e interferem na função diária normal devido ao tempo excessivo que consomem e ao extremo sofrimento que causam quando não são realizadas. Os rituais dos pré-escolares geralmente já se tornaram menos rígidos quando eles chegam à idade escolar, e crianças nesta fase geralmente não têm aumentos repentinos de ansiedade quando se deparam com pequenas mudanças na sua rotina.

Crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade de Separação e Fobia Social, sentem preocupações mais intensas do que crianças sem esses transtornos, e podem expressar suas preocupações de modo repetido. Porém, estas se diferenciam das obsessões típicas por seu conteúdo mais trivial, enquanto as obsessões são tão excessivas que chegam a parecer bizarras. Uma criança com Transtorno de Ansiedade Generalizada pode preocupar-se constantemente com seu desempenho em exames acadêmicos, enquanto uma criança com TOC tem maior probabilidade de ter preocupações intrusivas sobre perder o controle e ferir um ente querido. As compulsões do TOC não são exibidas em outros transtornos de ansiedade, mas crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento muitas vezes exibem comportamentos repetitivos que lembram os de TOC. Em contraste com os rituais de TOC, no entanto, crianças com transtornos globais do desenvolvimento não estão reagindo à ansiedade, mas sim manifestando comportamentos estereotipados com fins de autoestimulação e autoconsolo.

Crianças e adolescentes com transtornos de tique, como transtorno de Tourette, podem exibir comportamentos compulsivos repetitivos complexos, semelhantes às

compulsões vistas no TOC, e, na verdade, eles têm maior risco de desenvolver TOC concomitante.

Nos casos graves de TOC, pode ser difícil estabelecer a presença ou não de psicose, dada a natureza extrema e bizarra que as obsessões e compulsões podem assumir. Em adultos, e muitas vezes em crianças e adolescentes com TOC, apesar da incapacidade de controlar as obsessões ou do impulso irresistível a completar as compulsões, o insight a respeito da irracionalidade do comportamento está preservado. Quando o insight está presente e a ansiedade subjacente pode ser descrita, mesmo em face de disfunções significativas devido a obsessões e compulsões bizarras, o diagnóstico de TOC é uma possibilidade.

2.5 CURSO DA DOENÇA E PROGNÓSTICO

O TOC com início na infância e na adolescência caracteriza-se como um transtorno crônico, ainda que intermitente, com grande variação em gravidade e resultado. Estudos de acompanhamento sugerem que até 50% das crianças e adolescentes afetados se recuperam do TOC com mínimos sintomas remanescentes. De acordo com Sadock & Sadock (2011), em um estudo recente sobre o TOC na infância, o tratamento com sertralina resultou em remissão completa para quase 50% dos pacientes e remissão parcial para outros 25%, com tempo de acompanhamento de um ano. Os preditores de melhor resultado foram em crianças e adolescentes sem transtornos comórbidos, incluindo transtornos de tique e TDAH.

De modo geral, o prognóstico é bom para crianças e adolescentes com TOC de leve a moderado. Em uma minoria de casos, porém, o diagnóstico de TOC pode ser considerado prodrômico de um transtorno psicótico, cujo surgimento foi constatado em até 10% de algumas amostras de crianças e adolescentes com TOC. Em crianças com sintomas sublimiáres de TOC, existe alto risco de desenvolvimento do transtorno integral dentro de dois anos. Na maioria dos estudos de TOC infantil, os tratamentos resultam em melhora, senão em remissão completa, na maioria dos casos (Sadock & Sadock, 2011).

2.6 TRATAMENTO

Uma meta-análise de 13 estudos sobre ISRSs, incluindo sertralina, fluvoxamina, fluoxetina e paroxetina, forneceu evidências da eficácia das medicações ISRS, com um tamanho de efeito moderado, no tratamento do TOC. Não houve diferenças aparentes na taxa de resposta para os ISRSs individuais (Sadock & Sadock, 2011).

Três ISRSs – sertralina (crianças de no mínimo 6 anos), fluoxetina (no mínimo 7 anos) e fluvoxamina (no mínimo 8 anos) - receberam aprovação da U.S. Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento do TOC. A tarja preta de advertência nas embalagens dos antidepressivos usados em crianças para qualquer transtorno, incluindo o TOC, se aplica neste caso, tornando obrigatório o monitoramento intensivo da ideação ou comportamento suicidas quando estes agentes são usados no tratamento de TOC infantil.

Os efeitos colaterais típicos dos ISRSs incluem insônia, náusea, agitação, tremor e fadiga. As faixas de dosagem para os vários ISRSs considerados eficazes em ensaios clínicos aleatórios são de 20 a 60 mg para fluoxetina, de 50 a 200 mg para sertralina, até 200 mg para fluvoxamina e até 50 mg para paroxetina.

A clomipramina foi o primeiro ISRS estudado no tratamento de TOC infantil e o único antidepressivo tricíclico a obter a aprovação da FDA para o tratamento de transtornos de ansiedade na infância. A clomipramina foi considerada eficaz em doses de até 200 mg, ou 3 mg/kg, o que for menor, e pode ser uma opção para crianças e adolescentes que não toleram outros ISRSs devido à insônia, supressão significativa do apetite ou ativação. Ainda assim, a clomipramina não é recomendada como tratamento de primeira linha devido a seus maiores riscos potenciais do que outros agentes ISRSs, incluindo risco cardiovascular de hipotensão e arritmia e risco de convulsões.

Segundo Brandl *et al* (2012), fatores genéticos têm influenciado a ocorrência e gravidade de vários transtornos psiquiátricos e também modulam resposta ao tratamento medicamentoso. O TOC é uma condição psiquiátrica grave com claras raízes genéticas; há também alguns indícios que sugerem que fatores genéticos podem ter impacto na resposta ao tratamento medicamentoso. 40 a 60%

dos pacientes são não respondedores aos medicamentos antidepressivos e os fatores clínicos têm sido apenas modestamente correlacionados com a resposta ao tratamento. A identificação de fatores biológicos relacionados com esta resposta pode ser extremamente valiosa na melhoria clínica. São focados estudos sobre genes candidatos que podem influenciar a resposta à droga, incluindo os do sistema de serotonina, fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) e o gene transportador de glutamato. O sistema citocromo também pode ser altamente relevante para a resposta à droga. Até o momento, foram publicados poucos estudos sobre a farmacogenética do TOC, sendo necessário uma investigação mais aprofundada com análises funcionais e ambientais para facilitar o uso clínico de achados farmacogenéticos no futuro.

2.6.1 Terapia-Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças de várias idades se baseia no princípio de exposição, apropriada à fase do desenvolvimento, aos estímulos temidos, combinada à Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), levando, com o tempo, à redução da ansiedade frente às situações temidas. Foram desenvolvidos manuais de TCC para garantir que sejam feitas intervenções apropriadas ao desenvolvimento e que os pais e a criança recebam todas as informações necessárias. A maioria das diretrizes de tratamento para crianças e adolescentes com TOC de leve a moderado recomendam um ensaio com TCC antes do início da terapia medicamentosa, embora haja evidências de uma investigação em larga escala (POTS) de que o tratamento ideal inclui a combinação de medicamentos ISRSs e TCC. Em termos de intervenções farmacológicas, foi demonstrado que a remissão do TOC infantil ocorre dentro de 8 a 12 semanas do tratamento agudo. A vasta maioria das crianças e adolescentes que tiveram remissão com o tratamento agudo com ISRSs mantiveram a resposta pelo período de um ano. Devido à falta de dados sobre a descontinuação, as recomendações para a manutenção de medicamentos incluem estabilização, educação quanto ao risco de recaídas e redução gradual do medicamento durante o verão para minimizar o comprometimento acadêmico em caso de recaída. Para crianças e adolescentes com episódios mais graves ou múltiplos de exacerbação significativa de sintomas, recomenda-se o tratamento por um período mais longo (mais de um ano).

As estratégias de complementação para aumentar os efeitos serotoninérgicos, como o uso de antipsicóticos atípicos, como a risperidona, demonstraram aumento da resposta quando uma resposta apenas parcial foi obtida com agentes ISRSs.

A Terapia Cognitiva (TC) postula que há pensamentos nas fronteiras da consciência que ocorrem espontânea e rapidamente e é uma interpretação imediata de qualquer situação. São chamados de Pensamentos Automáticos (PA) e são distintos do fluxo normal de pensamentos, observado no raciocínio reflexivo ou na livre associação. São geralmente aceitos como plausíveis, e sua acurasse é aceita como verdadeira.

A maioria das pessoas não está imediatamente consciente da presença de pensamentos automáticos, a não ser que estejam treinadas para monitorá-los e identificá-los. De acordo com Knapp e Beck (2008): "É tão possível perceber um pensamento, focar nele e avaliá-lo, como é possível identificar e refletir sobre uma sensação como a dor". Algumas das distorções cognitivas encontradas em diferentes transtornos emocionais estão resumidas abaixo.

Exemplos de distorções cognitivas (Knapp & Beck, 2008):

1. Catastrofização – Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu, ou irá acontecer, será terrível e insuportável. Exemplos: "Perder o emprego será o fim de minha carreira!"; "Eu não suportarei a separação da minha mulher!"; "Se eu perder o controle será meu fim!"
2. Raciocínio emocional (emocionalização) – Presumir que sentimentos são fatos. Pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a situação verdadeira. Esse: "Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim!"; "Eu sinto que meus colegas estão rindo às minhas costas!"; "Sinto-me desesperado, portanto a situação deve ser desesperadora!"
3. Polarização (pensamento *tudo-ou-nada*, dicotômico) - Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, ao invés de um *continuum*. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. Exemplos: "Deu tudo

- errado na festa!"; "Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso!"; "Ou algo é perfeito, ou não vale a pena!"; "Tudo foi uma perda de tempo total!"
4. Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo) – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, e todo restante positivo não é percebido. Exemplos: "Veja todas as pessoas que não gostam de mim!"; "A avaliação do meu chefe foi ruim!" (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).
 5. Leitura mental – Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Exemplos: "Ela não está gostando da minha conversa!"; "Ele está me achando inoportuno!"; "Ele não gostou do meu projeto!"
 6. Rotulação – Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa, ou situação, ao invés de rotular a situação ou comportamento específico. Exemplos: "Sou incompetente!"; "Ele é uma pessoa má!"; "Ela é burra!"
 7. Minimização e maximização – Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas enquanto o negativo é magnificado. Exemplos: "Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem!" "Obter notas boas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que eu!"
 8. Imperativos ("Deveria" e "Tenho que") – Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar em como as coisas são. Afirmações absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento destas demandas. Exemplos.: "Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas!"; "Eu devo ser perfeito em tudo que faço!"; "Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa!"

2.6.1.1 Crenças disfuncionais e Psicoeducação

Em 1997, propuseram (OCCWG, 1997) 6 domínios de crenças que podem levar à interpretação errada dos pensamentos intrusivos: responsabilidade exagerada, importância exagerada dos pensamentos, importância de controlar os pensamentos, exacerbação do risco, intolerância à incerteza e perfeccionismo. Porém, alguns estudos sugerem a sobreposição das crenças.

Realizou-se um questionário investigando o quanto as crenças disfuncionais seriam específicas aos sintomas do TOC em estudantes norte-americanos. Eles sugeriram agrupar as crenças em apenas três domínios: importância/controle dos pensamentos, responsabilidade e perfeccionismo.

Através da análise fatorial do mesmo questionário, outros autores sugeriram quatro fatores de crenças associadas aos sintomas: superestimar o risco, responsabilidade exagerada, perfeccionismo e intolerância à incerteza e importância de controlar os pensamentos. A partir da descrição das crenças disfuncionais, propuseram técnicas cognitivas para sua correção que vêm sendo incorporadas no tratamento dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) associados à terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR).

Segundo Cordioli & Braga (2011), alguns estudos têm associado as dimensões dos SOC aos domínios de crenças do TOC. Por exemplo, a crença de responsabilidade exagerada foi associada aos sintomas de verificação em uma amostra clínica de TOC, e em uma amostra de TOC com sintomas diversos. A crença de exagerar a importância dos pensamentos e a necessidade de controlá-los foi relacionada aos SOC de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo. O perfeccionismo também tem sido associado a sintomas específicos de TOC, incluindo verificação e rituais de limpeza. A avaliação exagerada do risco foi associada aos sintomas de contaminação/limpeza.

As informações básicas (psicoeducar o paciente) sobre o TOC e os fundamentos da TCC são essenciais para o tratamento. Conhecer o TOC, quais são seus sintomas e como livrar-se dele, é de vital importância, pois na TCC o paciente tem uma participação ativa no tratamento, tanto na elaboração da lista de sintomas (fase

inicial) quanto na manutenção dos ganhos com a terapia (fase final). Questões importantes de serem esclarecidas com o paciente na fase inicial estão listadas a seguir:

-O que é TOC? O que são obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados?

-As causas, o curso, os prejuízos associados, tratamentos e prognóstico;

-Familiarização com o Modelo Cognitivo-Comportamental: crenças disfuncionais que perpetuam o TOC e como corrigi-las;

-Como a TCC pode provocar a redução dos sintomas? O fenômeno da habituação da ansiedade mediante a Exposição e a Prevenção de Resposta (EPR) e a Correção de Crenças Distorcidas (técnicas cognitivas).

Os familiares podem ser importantes aliados na TCC ou, eventualmente, dificultá-la, se não compreenderem o que é o TOC e a base racional do tratamento. É conveniente que as mesmas explicações sejam dadas também a eles, em conjunto com o paciente, para que compreendam o que é o transtorno, esclareçam suas dúvidas e sejam orientados em relação às atitudes mais adequadas, como, por exemplo, não reforçar rituais, não oferecer reasseguramentos, mesmo em momentos de grande ansiedade, ou evitar críticas caso ocorram lapsos ou recaídas. Ao final da entrevista, é importante que o paciente expresse de forma explícita sua decisão de realizar tratamento (Cordioli & Braga, 2011).

Ao final da primeira ou da segunda sessão, é usual a aplicação de escalas que avaliam a gravidade dos sintomas, como a escala Y-BOCS (Goldman *et al.*, 1989), que foi traduzida e pode ser encontrada em sua forma completa, incluindo a totalidade das instruções para seu uso (Miguel, 1996). Outra escala usada é a Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R) (Souza *et al.*, 2011). Maiores detalhes sobre a avaliação do paciente, escalas, questionários, diários de sintomas, formulários para registros de tarefas, registro de pensamentos disfuncionais podem ser encontrados em diversos manuais (Cordioli, 2008).

Apesar dos avanços na compreensão e no tratamento do TOC, muitos pacientes submetidos a intervenções mostram redução incompleta dos sintomas. Moritz *et al* (2010) desenvolveram um manual de autoajuda intitulado "Meu treinamento metacognitivo para o TOC" (myMCT), visando aumentar a conscientização dos pacientes sobre vieses cognitivos, que parece ser útil para o TOC. O treinamento é particularmente destinado aos doentes atualmente incapazes ou que não querem participar de terapia-padrão, ou nos casos em que tal opção não é disponível. Os indivíduos com TOC foram recrutados através da Internet, e após a avaliação inicial, recebiam imediatamente por e-mail o manual myMCT ou eram colocados em um grupo de lista de espera. Após 4 semanas, foi realizada uma segunda avaliação. O grupo myMCT apresentou melhora significativamente maior para os sintomas do TOC de acordo com a pontuação total de Y-BOCS (Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown 8), em comparação com o grupo de lista de espera, particularmente para obsessões. Este estudo fornece a primeira evidência para a eficácia do myMCT para o TOC.

Conforme citado anteriormente, as escalas nos ajudam a avaliar o progresso do paciente em relação ao tratamento do TOC. Souza *et al.*, (2011) estudaram as propriedades psicométricas da versão em português do Brasil do Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R). O OCI-R foi aplicado em um total de 260 indivíduos. Os achados indicam que a versão para o português do Brasil do OCI-R manteve as propriedades psicométricas da versão original e das versões em espanhol, alemão e islandês.

2.6.1.2 Modelo Cognitivo-Comportamental do TOC

Segundo Cordioli & Braga (2011), este modelo é considerado o modelo psicológico do TOC com maior suporte empírico na atualidade. Ele propõe que as obsessões e compulsões surgem de certos tipos de crenças disfuncionais e a intensidade da crença está associada ao risco de uma pessoa desenvolver SOC.

A base para esse modelo é a proposição de que intrusões cognitivas indesejáveis, isto é, pensamentos desagradáveis, imagens e impulsos que invadem a consciência, são experimentados pela maioria das pessoas na população geral e têm conteúdo semelhante às obsessões clínicas.

A maioria das pessoas que experienciam uma intrusão consideram-na um acontecimento desagradável, sem sentido e sem implicação de dano associada, ou seja, um evento banal. Estudos científicos indicam que estas intrusões banais transformam-se em obsessões quando são avaliadas como pessoalmente importantes, extremamente inaceitáveis ou imorais e/ou quando representam uma ameaça para a qual o indivíduo sente-se pessoalmente responsável.

Por exemplo, a imagem intrusiva de esfaquear um ente querido é experimentada pela maioria das pessoas como um evento desagradável, mas sem sentido, sem dano, sem valor, como sendo lixo mental que transita pela consciência.

Supõe-se que para a pessoa que tem TOC, tal intrusão transforma-se em obsessão, pois ela vivencia a imagem de esfaquear um filho e pensa: “Se pensei isso posso perder o controle e matá-lo”. Esta interpretação evoca angústia e motiva o indivíduo afetado a suprimir ou a afastar as intrusões indesejáveis. Assim, as compulsões tornam-se persistentes e excessivas, pois são reforçadas negativamente pela redução imediata da ansiedade e pelo afastamento temporário do pensamento indesejável. Além disso, as compulsões impedem o indivíduo afetado de aprender que suas avaliações não são reais.

Essa proposta, embora represente um modelo interessante para compreender e tratar obsessões de conteúdo agressivo, sexual e blasfemo, não auxilia na compreensão de outros sintomas do TOC, como contaminação, simetria, colecionismo.

As compulsões estão associadas com a frequência das intrusões, pois funcionam como lembranças das mesmas, desencadeando assim suas repetições. As tentativas de distrair-se das intrusões indesejáveis geralmente provocam um efeito paradoxal, pois os “distratores” funcionam como pistas de recuperação das intrusões. As compulsões podem fortalecer a crença disfuncional de responsabilidade exagerada, ou seja, a ausência da consequência temida após a compulsão reforça a crença de que a pessoa necessita fazer o ritual para remover a ameaça e que foi o ritual que impediu o desfecho temido.

Braga (2011) estudou a relação entre o funcionamento neuropsicológico e a resposta dos pacientes com TOC aos tratamentos, o que tem sido pouco investigado. No presente estudo, os objetivos foram: avaliar o impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) sobre as funções cognitivas (atenção, memória e funções executivas) dos pacientes com TOC. Além disso, avaliar se o funcionamento cognitivo pré-tratamento é preditor de resposta à TCCG. Cento e três pacientes com TOC foram randomizados para participar de doze semanas de TCCG (n=61) ou aguardar tratamento em lista de espera (LE) por três meses (n=42). Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo que participou da TCCG e LE nas medidas neuropsicológicas após a terapia.

Por outro lado, os pacientes que responderam à TCCG apresentaram melhor desempenho nas estratégias organizacionais visuo-espaciais quando comparados com não respondedores. Além disso, melhor desempenho quanto às funções executivas (FE) e memória de trabalho pré-tratamento foram preditores de resposta à TCCG. Parece existir uma associação entre a gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) e o desempenho organizacional visuoespacial, pois a melhora desta habilidade foi restrita aos respondedores. Além disso, as FE e memória de trabalho foram preditores de boa resposta à TCCG no TOC. Verificou-se ainda se existe associação entre o funcionamento neuropsicológico e a gravidade dos SOC, bem como entre as diferentes dimensões do TOC: obsessão, limpeza, verificação, neutralização (compulsões mentais), simetria e colecionismo.

Os resultados sugerem que quanto maior o déficit do QI executivo, maior a gravidade dos sintomas compulsivo e maior o prejuízo da memória visuoespacial, mas não dos sintomas obsessivos. Além disso, a gravidade dos sintomas obsessivos foi associada à menor capacidade de controle inibitório. As distintas dimensões de sintomas do TOC foram associadas a diferentes desempenhos neuropsicológicos. A dimensão colecionismo foi associada a um melhor desempenho nas estratégias organizacionais, enquanto todas as outras dimensões foram associadas a um pior desempenho, sugerindo assim um padrão cognitivo distinto dependendo da sintomatologia predominante.

De acordo com D'Alcante (2010), estudos prévios avaliando domínios neuropsicológicos, especialmente Funções Executivas (FE), indicam a presença de

déficits em portadores do TOC. Estes achados são contraditórios e podem, em parte, ser explicados a partir de limitações metodológicas como pareamento inadequado de pacientes e controles e uso de medicamentos no momento da avaliação neuropsicológica. Avaliou-se o funcionamento neuropsicológico, especialmente das FE, de pacientes portadores de TOC sem tratamento prévio comparados a controles normais; identificaram-se fatores neuropsicológicos preditivos de resposta a tratamento com TCCG ou fluoxetina. Portadores de TOC foram pareados com controles saudáveis por gênero, idade, escolaridade, nível socioeconômico e lateralidade manual. Foram avaliados a partir de quociente intelectual (QI), FE, memória verbal e não verbal, habilidades sociais e funções motoras. Os portadores de TOC foram alocados em dois subgrupos: tratamento medicamentoso com fluoxetina e protocolo de TCCG por 12 semanas. Encontraram déficits nos portadores de TOC quando comparados a controles saudáveis quanto à flexibilidade cognitiva, funções motoras e habilidades sociais.

Algumas medidas neuropsicológicas foram preditivas de melhor resposta a ambos os tratamentos. Maior QI verbal se associou a uma melhor resposta à TCCG. Menor número de respostas perseverativas se associou com melhor resposta à TCCG e pior resposta à medicação. Portadores de TOC apresentaram déficits na flexibilidade mental, habilidades sociais e funções motoras. Medidas neuropsicológicas como QI verbal, memória verbal e controle inibitório foram preditivas de resposta ao tratamento. Padrões específicos das habilidades verbais e perseveração se associaram de forma diferenciada à TCCG ou à fluoxetina.

A avaliação neuropsicológica pode auxiliar não só na indicação do melhor tratamento, mas também alertar o clínico para aqueles pacientes com maiores chances de não responderem ao tratamento de primeira escolha, nos quais medidas adicionais devem ser associadas.

Fullana *et al.* (2011) sugerem que a extinção da aprendizagem pode ser modulada por uma variação genética no BDNF. Este estudo testou a variação no polimorfismo do BDNF Val66Met relacionado à resposta à TCC baseada na exposição, uma forma de extinção de aprendizagem, no TOC. 106 pacientes com TOC provenientes de uma clínica especializada, que se submeteram a uma TCC padrão, após resposta parcial ou ausente a um estudo farmacológico de 12 semanas, foram genotipados

para o BDNF Val66Met, e foi analisada a relação entre o genótipo e a resposta ao tratamento. Pacientes com TOC portadores de BDNF Met mostram uma resposta reduzida à TCC em comparação com os alelos não portadores, especialmente naqueles pacientes com sintomas de contaminação/limpeza.

2.6.1.3 Estratégias de tratamento do TOC

Segundo Leahy (2011), as sessões, como na terapia cognitiva em geral, são estruturadas, focadas nos problemas e sintomas. Envolvem demonstrações pelo terapeuta (modelação) e escolha de exercícios e tarefas para serem realizadas em casa. Utiliza registros, escalas, instrumentos de auto-monitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta.

A sessão é iniciada com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se à revisão das tarefas programadas de EPR ou cognitivas, a discussão das dificuldades em sua realização; os exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (geralmente depois da terceira ou quarta sessão), finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios de casa para a semana seguinte e a avaliação da sessão pelo paciente.

O tratamento em geral é breve – entre três e seis meses, com sessões semanais durando em torno de uma hora, no início. Entre 10 e 15 sessões é o suficiente para a maioria dos pacientes, desde que se envolvam ativamente nos exercícios.

À medida que os sintomas forem diminuindo, os intervalos entre as consultas podem ser maiores. Em cada sessão, revisa-se a lista dos sintomas, para programar os próximos exercícios de casa. O objetivo da terapia é a eliminação completa dos sintomas. Quando a maioria dos sintomas tiver sido eliminada, pode-se propor o espaçamento das sessões e, posteriormente, a alta. São recomendadas sessões de reforço após o término do tratamento.

Como o TOC é um transtorno crônico, deve-se lembrar ao paciente a possibilidade de recaídas, orientá-lo sobre como prevenir e como perceber, precocemente, os sinais de que estejam ocorrendo, e retomar o tratamento. As recaídas em pacientes que tiveram remissão completa dos sintomas são raras, mas quando a remissão é parcial, elas são comuns, situação em que deve ser retomada a terapia, mesmo que

apenas algumas sessões. Vários estudos mostram que o seguimento por diferentes períodos após o término do tratamento claramente reduz o índice de recaídas.

Início da terapia: os exercícios de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) (ou dos rituais). A terapia propriamente dita inicia-se com os exercícios de EPR, que são escolhidos de comum acordo entre o paciente e o terapeuta para serem realizados no intervalo entre as sessões. Exposição consiste no contato direto ou na imaginação com objetos, lugares ou situações evitados em razão do medo, aflição ou nojo que o contato provoca. Prevenção de respostas (ou dos rituais) é a abstenção, por parte do paciente, de realizar rituais, compulsões mentais, ou outras manobras, destinadas a aliviar ou neutralizar medos ou desconfortos associados às obsessões (Cordioli, 2008).

O efeito principal, tanto da exposição como da prevenção dos rituais, é o aumento instantâneo da ansiedade, que pode chegar a níveis elevados nos primeiros exercícios, mas que diminui até desaparecer num intervalo em geral entre 15 a 180 minutos (habituação) e, principalmente, a cada repetição do exercício, como foi demonstrado pela literatura.

Geralmente, inicia-se escolhendo na lista rituais ou excitações que o paciente graduou como de intensidade leve ou moderada e que considera os mais fáceis de abster-se, de realizar ou de enfrentar.

Define-se como trabalhar com as situações, com os Pensamentos Automáticos (PA), como identificá-los e os sentimentos associados às queixas, e ainda os pressupostos subjacentes, esquemas e distorções cognitivas (Cordioli & Braga, 2011).

A partir da 5ª sessão, iniciam-se as tarefas de casa, e em todas as sessões, discutem-se estas tarefas, e a dessensibilização correspondente. Ellis (1977) desenvolveu o chamado modelo ABC, que propõe que qualquer determinada experiência ou evento ativa (A) crenças individuais (B), que, por sua vez, geram conseqüências (C) emocionais, comportamentais e fisiológicas. Ele postulou que 12 crenças irracionais básicas, que tomam a forma de expectativas irrealistas ou absolutistas, são a base do transtorno emocional. O objetivo da terapia é identificar

crenças irracionais e, através de questionamento, desafio, disputa e debate lógico-empíricos, modificá-las pelo convencimento.

Segundo Leahy (2011), uma série de técnicas cognitivas é usada em TC, como identificação, questionamento e correção de Pensamentos Automáticos, retribuição e reestruturação cognitiva, ensaio cognitivo e outros procedimentos terapêuticos de imagens mentais. Entre as técnicas comportamentais estão, por exemplo, agendamento de atividades, avaliações de prazer e habilidade, prescrições comportamentais de tarefas graduais, experimentos de teste da realidade, role-plays, treinamento de habilidades sociais e técnicas de solução de problemas.

.A abordagem dimensional dos SOC tem um valor clínico significativo e é essencial para escolha e planejamento do tratamento. Este panorama mudou radicalmente nas últimas três décadas com a introdução de métodos efetivos de tratamento: a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) ou a TCC e os medicamentos antiobsessivos.

Fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos de natureza catastrófica estão presentes na maioria dos portadores, e parecem desempenhar um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas. Um percentual significativo de pacientes pode, inclusive, obter a remissão completa dos sintomas utilizando exclusivamente meios psicológicos, como a EPR ou a TCC que, juntamente com os antiobsessivos, constituem os tratamentos de primeira linha para o TOC (Cordioli, 2008)

De acordo com Walsh & McDougle (2011), estudos controlados de tratamento do TOC se concentram em terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) e em medicamentos serotoninérgicos. Os estudos geralmente usam o padrão-ouro, instrumento de classificação estruturado clínico, a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), em adultos, ou o Children's Y-BOCS (CY-BOCS), em crianças. Uma resposta ao tratamento é normalmente definida como a redução na pontuação em pelo menos 25% -35%. EPR é a forma preferida de psicoterapia no TOC, tanto para adultos quanto crianças e adolescentes, particularmente em pacientes com sintomas mais leves e comorbidade mínima, que sejam capazes de completar o protocolo de tratamento ou que preferem não tomar medicamentos; no

entanto, pacientes com comorbidade significativa como depressão ou ansiedade podem achar a terapia de EPR difícil, assim como obsessões sexuais ou religiosas podem ser menos responsivas à EPR.

A comorbidade tique demonstra impacto variável à EPR na resposta terapêutica, em estudos pediátricos. 55% dos pacientes, aproximadamente, ao completarem 10-20 sessões de EPR, relatam melhora substancial, tendo eficácia comprovada controlada para adultos e crianças. A combinação de exposição às situações temidas e prevenção de ritualização teve resultados superiores quando comparadas apenas aos componentes da EPR. Devido à falta de profissionais experientes e bem-treinados, a EPR de boa qualidade pode ser difícil para muitos pacientes, estimando-se que menos de 10% dos pacientes com TOC recebem EPR adequadamente. Uma EPR de boa qualidade consiste de uma exposição prolongada, graduada, personalizada, dos estímulos evitados, tais como fontes de contaminação para pacientes obcecados com germes.

O paciente e o profissional desenvolvem uma hierarquia de situações temidas, começando com a exposição a situações de temor moderado, objetivando situações altamente temidas no meio do tratamento, para dar tempo para trabalhar com exposições mais difíceis. Uma terapia de melhor qualidade dura, pelo menos, 90 minutos e apresenta uma prevenção da resposta rigorosa durante e entre as sessões. A EPR em Pediatria tem demonstrado eficácia em múltiplos estudos controlados, com resultados positivos mantidos por até 24 meses de seguimento. A EPR muitas vezes inclui extinção, ou a remoção de reforço positivo dos pais dos sintomas do TOC (i.e., fornecendo confiança quando a criança é ansiosa, ou até mesmo auxiliando na conclusão do ritual todas as manhãs para que a família não se atrase para o trabalho e escola). A extinção pode ser mais eficaz se a criança ajuda a projetar o plano de extinção. Novas formas de reforço positivo, tais como prêmios e cerimônias de recompensa, são incorporadas à EPR para a terapia de crianças.

Ougrin (2011) fez uma revisão em Psych INFO, MEDLINE e EMBASE tendo como objetivo a comparação da eficácia relativa de Terapia Cognitiva (TC) versus Exposição (E) para uma série de transtornos de ansiedade, combinando os estudos em uma meta-análise, a partir do primeiro ano disponível até maio de 2010. Com base na literatura existente, não parece haver nenhuma evidência de eficácia

diferencial entre Terapia Cognitiva e Exposição em Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e TOC, havendo fortes evidências de eficácia superior da TC para Fobia Social.

No início do tratamento, estabelece-se um compromisso terapêutico entre as partes, com um contrato verbal; orientamos o paciente sobre as condições da terapia, horário, periodicidade, a importância das tarefas de casa, do sigilo, e do empenho do mesmo em relação ao tratamento.

Define-se como se pretende trabalhar com as situações, com os pensamentos automáticos (PA), como identificá-los, e os sentimentos associados às queixas, e ainda os pressupostos subjacentes, esquemas e distorções cognitivas (Cordioli & Braga, 2011).

Após ser orientado e discutido os objetivos do tratamento, o paciente é submetido aos Inventários de Beck – de Depressão e de Ansiedade, assim como o preenchimento de fichas, englobando Plano de Ação para solucionar problemas, Eventos Ativadores que precedem os pensamentos automáticos, exemplos de Opinião, com evidências a favor e Evidências contra, fichas contendo situação, sentimento, Pensamentos Automáticos (PA), pensamentos alternativos, e resultados. Acrescentamos também relatórios de atividades e respectiva avaliação do humor (0-100%). Para finalizar, o paciente preenche uma folha com a História do Desenvolvimento, com setas, incluindo Esquema Pessoal, Esquema sobre Outros, PA, suposições mal adaptadas, crenças condicionais e estratégias.

Assim, após orientado, especifica-se um Plano de Ação, com data para começar, possíveis problemas, estratégias para solucionar os problemas e progresso.

Em relação ao Evento Ativador, os pensamentos, sentimentos e comportamentos consequentes, e evidências a favor e contra. O paciente quantifica ainda as várias atividades semanais e as respectivas avaliações do humor (0-100%).

Simula-se também uma situação, a história do desenvolvimento, esquema pessoal, esquema sobre outros, PA, situações mal-adaptadas, crenças condicionais, estratégias.

A inclusão de técnicas cognitivas no tratamento dos SOC é mais recente. São, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Beck (1976) para o tratamento da depressão e por Clark (1986) para o tratamento da ansiedade. Geralmente, são introduzidas na terapia num segundo momento, quando o paciente já iniciou os exercícios de EPR.

Dentre essas técnicas, estão a identificação e o registro de pensamentos automáticos (PA) e crenças disfuncionais, o questionamento socrático (ou exame de evidências), a seta descendente, o exame das vantagens e desvantagens (ou benefício), a torta da responsabilidade, o exame das duas hipóteses alternativas, experimentos comportamentais, o uso de lembretes, entre outras. Para utilização das técnicas cognitivas é necessário que o paciente tenha alguma capacidade de introspecção, de pensar psicologicamente e a curiosidade em compreender mais profundamente seus sintomas. Uma descrição mais detalhada dessas técnicas e suas aplicações nas diferentes apresentações clínicas do TOC podem ser vistas em manuais (Cordioli, 2008).

Cordioli & Braga (2011) destacam que a TCC é o tratamento mais eficaz a curto e a longo prazos para os sintomas do TOC. Além disso, o modelo cognitivo-comportamental permite uma melhor compreensão dos fenômenos obsessivo-compulsivos, da importância de aprendizagens errôneas e de crenças disfuncionais na gênese e na manutenção do transtorno. Permite, ainda, a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias que possibilitem a redução dos sintomas para a maioria dos pacientes e até, em alguns casos, sua eliminação completa. Por outro lado, ainda se desconhece o quanto é específica a mudança cognitiva na terapia. Será que ao modificar as crenças distorcidas, os sintomas associados a elas diminuem? Geralmente, os estudos investigam o quanto o paciente melhorou através de escalas que mensuram a gravidade global dos sintomas do TOC. Porém, carecemos de estudos que investiguem a melhora de forma mais específica, pensando tanto nas dimensões específicas dos sintomas quanto nas crenças disfuncionais associadas a elas.

Apesar de a ciência ter progredido no entendimento e no tratamento do TOC, acredita-se que a TCC do TOC pode e vai evoluir ainda mais. Para tanto, estudos integrando conhecimentos das neurociências cognitivas (memória, atenção,

processamento da informação, Estudo de crenças, neuropsicologia), da psiquiatria biológica (estudos de neuroimagem) e estudos clínicos específicos das dimensões dos sintomas, serão de suma importância para novas descobertas, referentes tanto à maior especificidade diagnóstica quanto a intervenções clínicas mais precisas.

Segundo Foa (2010), até meados dos anos 1960, o TOC era considerado resistente ao tratamento, já que tanto a psicoterapia psicodinâmica quanto a medicação tinham sido ineficazes em reduzir significativamente os sintomas do transtorno. A primeira descoberta real ocorreu em 1966 com a introdução da terapia de Exposição e Prevenção de Rituais ou de Respostas (EPR). O autor discute as conceituações cognitivo-comportamentais que influenciam o desenvolvimento desta forma de tratamento para o TOC. Há uma breve discussão sobre o uso de psicoterapia psicodinâmica e as primeiras terapias comportamentais, apesar de que nenhuma delas produziu resultados bem sucedidos no TOC. A parte principal do trabalho está dedicada à TCC atual com ênfase nas variantes dos tratamentos de EPR, terapia que tem mostrado uma grande evidência empírica de sua eficácia.

A Terapia de EPR típica consiste de 15-20 sessões uma ou duas vezes por semana. Pacientes que vêm de fora da cidade podem preferir tratamento intensivo (por exemplo, 12 horas de terapia em cinco dias), embora alguns pacientes possam achar que este modelo seja muito intenso ou breve. Storch *et al.* (2008), em um estudo com 56 pacientes, concluíram que a TCC intensiva diária foi tão eficaz quanto com sessões semanais. A TCC de grupo (TCCG) é menos dispendiosa para os pacientes do que sessões individuais. Ela pode ser especialmente útil para pacientes socialmente isolados, particularmente os portadores de colecionismo, e tem demonstrado eficácia semelhante às sessões individuais. A terapia EPR de família pode ser especialmente útil na proteção familiar, do alvo dos sintomas do paciente com TOC, relatada em 70% das famílias. Em um estudo com 65 famílias, a tranquilidade diária foi relatada por 56% delas, e participação em rituais diários, associados com maior gravidade dos sintomas, foi visto em 46%. Uma redução significativa de incômodo familiar associou-se com um melhor resultado do tratamento.

Em uma família do grupo piloto do estudo de terapia EPR, o alto envolvimento dos pais em tarefas de exposição melhoraram o resultado. Os pais participando da

terapia EPR familiar atuam como *coaches* entre o terapeuta e a exposição assistida, visando acomodações em casa, e eles trabalham com seu próprio sofrimento associado com prática de exposição de seus filhos.

Dois seguimentos de longo prazo de estudos de terapia EPR de família demonstraram que a maioria dos pacientes manteve a redução significativa dos sintomas por pelo menos 18 meses após a terapia. A Terapia Cognitiva (TC) tem sido investigada como uma alternativa à terapia EPR. A TC é focada em alterar crenças disfuncionais sobre pensamentos intrusivos. Estes pensamentos são vistos em 90% da população normal, mas os pacientes com TOC interpretam mal estes pensamentos, tendo sérias implicações, para os quais a pessoa, tendo os pensamentos, pode ser pessoalmente responsável. ATC para o TOC enfatiza estratégias cognitivas sobre a exposição; no entanto, tem sido criticada por não ser uma forma "pura" de TC em que muitos estudos de TC incluem alguma exposição. Alguns pacientes podem achar que a TC provoca menos ansiedade e seja mais palatável porque não enfatiza a exposição (Whittal ML *et al.*, 2005). Já Abramowitz (2006), em comparação direta, relata que a terapia EPR superou a TC.

2.6.2 Terapia combinada

Um pequeno número de estudos controlados com placebo explorou a eficácia relativa dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) com a terapia de EPR, ou a combinação de ambos. Esta combinação tem se mostrado superior aos ISRSs em crianças e adultos.

Foa *et al.* (2005) estudaram terapia combinada em adultos, comparando o uso de um ISRS, a clomipramina (CMI) (máximo de 250 mg por dia), com a terapia EPR em 86 pacientes. Embora os tratamentos tenham sido superiores ao placebo, a EPR e a terapia combinada foram equivalentes, sendo ambos superiores à CMI isolada. No estudo POTS (2004), em 112 crianças que concluíram o estudo, comparou-se a sertralina (SER) (máximo de 200 mg por dia) com a terapia EPR e a terapia combinada. A terapia combinada foi superior em um dos dois sites para EPR isolada, a EPR foi superior à SER, e a SER foi superior ao placebo. Os jovens com TOC devem começar o tratamento com EPR isolada ou com EPR associada a um ISRS. O pré-tratamento com medicação também tem sido explorado

como uma maneira de tornar os pacientes menos preocupados com EPR, pois pelo menos 25% dos que procuram tratamento têm recusado a participação, uma vez oferecida. D-cicloserina (DCS), um agonista do receptor N-metil-D-aspartato parcial, está sendo investigado com esta finalidade. A dose administrada e a hora da dose antes da sessão tem variado entre os estudos; Rothbaum (2008) sugeriu que doses mais baixas (ou seja, 100-125 mg), administradas perto do início da sessão pode ser útil, assim como em doses mais elevadas, a DCS age como um antagonista total no site da glicina tendo sido detectado exacerbando os sintomas de esquizofrenia. A DCS não tem sido útil em todos os estudos e parece mais susceptível de reduzir o medo nas avaliações iniciais do paciente ou acelerar a "Inclinação de recuperação" nas primeiras sessões do que para melhorar a redução final dos sintomas.

Sadock & Sadock (2011) relatam que, de modo geral, a eficácia do tratamento para crianças e adolescentes com TOC é alta, desde que feitas as escolhas apropriadas de agentes ISRSs e TCC. Os resultados de múltiplos ensaios aleatórios e controlados com placebo tanto de medicação como de intervenções cognitivo-comportamentais em crianças e adolescentes com TOC revelam mais indícios de sucesso no tratamento deste transtorno do que para qualquer outro dos transtornos de ansiedade da infância. Uma investigação multicêntrica custeada pelo National Institute of Health sobre sertralina e TCC, sozinhas e em combinação, para o tratamento de TOC com início na infância – o Pediatric OCD Treatment Study (POTS, 2004) – revelou que a combinação foi superior a qualquer um dos tratamentos isolados. Sozinhos, os tratamentos também resultaram em níveis estimulantes de resposta. A dose diária média de sertralina foi de 133 mg no grupo que recebeu tratamento combinado e de 170 mg para o grupo apenas de sertralina. Garcia AM *et al.* (2010) objetivaram identificar preditores e moderadores de resultado no tratamento do Primeiro Estudo de Tratamento do TOC em Pediatria (POTS I) entre os jovens (N = 112) distribuídos aleatoriamente para a 1) sertralina, 2) TCC, 3) sertralina e TCC combinados (COMB), ou 4) uma pílula placebo. Os preditores e moderadores potenciais de referência foram identificados através da revisão da literatura. O desfecho foi uma pontuação preditiva de 12 semanas ajustadas pela pontuação utilizando o Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). Os efeitos principais e interativos da condição

de tratamento de cada variável moderador ou preditor foram examinados utilizando um modelo linear geral nas 12 semanas ajustadas na pontuação CY-BOCS. Jovens com menor gravidade do TOC, menor comprometimento funcional relacionado ao TOC, um maior conhecimento, menor externalização dos sintomas de comorbidade, e menores níveis de acomodação familiar mostraram uma melhora, comparados aos colegas, após o tratamento de POTS agudo. Aqueles com história familiar de TOC tiveram uma diminuição de seis vezes no tamanho do efeito em monoterapia TCC em relação a suas contrapartes na TCC, sem história familiar de TOC.

É necessário uma maior atenção para construir estratégias de intervenção otimizadas para jovens com TOC complexo. Jovens com história familiar de TOC não são susceptíveis de se beneficiar da TCC, a menos que seja oferecida em conjunto com um ISRS.

De acordo com Walitza (2011), as manifestações do TOC são de muitos tipos e causam déficits graves. Comorbidade com distúrbios mentais estão presentes em até 70% dos pacientes. A doença tem uma evolução crônica em mais de 40% dos pacientes. A TCC é o tratamento de primeira escolha, seguida pela combinação da farmacoterapia, incluindo ISRSs e depois por ISRS sozinho. O TOC frequentemente começa na infância ou adolescência. Há modelos neurobiológico e cognitivo-comportamental de base empírica em sua fisiopatologia. A avaliação diagnóstica multiaxial permite o diagnóstico precoce. A TCC e medicamentos são os tratamentos altamente eficazes, mas mesmo assim leva a um curso crônico em uma grande porcentagem de pacientes.

Publicação recente do J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2012) traz em destaque a etiologia, neurobiologia, genética, achados clínicos, e os tratamentos baseados em evidências em crianças e adolescentes com TOC e indicam a necessidade de revisão dos Parâmetros Práticos para a Avaliação e Tratamento de Crianças e Adolescentes com TOC publicados pela primeira vez há uma década atrás. Destaca a avaliação clínica, e resume a base de evidências para o tratamento. São fornecidas recomendações para avaliação, TCC, farmacoterapia, e reforça o tratamento combinado, e outras intervenções.

Diniz *et al.* (2011), investigaram as correlações clínicas de descontinuação precoce do tratamento de primeira linha entre pacientes com TOC. Um grupo de pacientes que suspendeu o uso de ISRSs, ou deixou de participar da TCC antes da conclusão das primeiras 12 semanas de tratamento (41 pacientes, sendo 16 para TCC e 25 para SSRIs); foram comparados com uma amostra pareada de 41 pacientes aderentes. Características demográficas e clínicas foram obtidas no início do estudo utilizando entrevistas clínicas estruturadas. Utilizou-se de abandono do tratamento como a variável resposta. Agorafobia estava presente em um (2,4%) paciente que completou o tratamento, e em seis (15,0%) pacientes que o abandonaram. A fobia social esteve presente em oito (19,5%) pacientes que completaram o tratamento, e em dezoito (45%) que o abandonaram. O Transtorno de ansiedade generalizada estava presente em oito (19,5%) pacientes que completaram o tratamento, e em vinte (50%) desistentes, e o transtorno de somatização não estava presente em nenhum dos pacientes que completaram o tratamento; no entanto, estava presente em seis (15%) desistentes. De acordo com o modelo de regressão logística, a modalidade de tratamento Agorafobia, na Escala de Crenças Brown e do Inventário de Ansiedade Beck, as pontuações foram significativamente associadas com a probabilidade de interrupção do tratamento, independentemente de interações com outras variáveis. A descontinuação do tratamento precoce é um fenômeno comum em pacientes com TOC. Comorbidades psiquiátricas foram associadas com as taxas de interrupção de tratamentos específicos. Estudos futuros podem usar essas informações para melhorar a gestão para uma maior adequação e eficácia do tratamento.

Segundo Vloet *et al.* (2012), a TCC e os tratamentos farmacológicos são muitas vezes aplicados em casos de TOC pediátrico. Especialmente em combinação, ambos os métodos são particularmente eficazes; no entanto, 40% de todos os pacientes tratados permanecem sintomáticos. Exposição com prevenção de resposta, com base no princípio da habituação, é a intervenção com a melhor evidência. Tratamentos e metacognitivos mais recentes enfatizam modificar expectativas e podem ter o potencial de melhorar a eficácia do tratamento. Os Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) são o tratamento de primeira linha em casos graves de TOC. Caso haja resistência ao tratamento, o ISRS deve ser mudado ou, alternativamente, a clomipramina pode ser

empregada. Estratégias de potencialização sugerem a combinação de dois ISRS, ISRS e clomipramina, ou ISRS e neurolépticos (atípico). Após o sucesso do tratamento, a medicação deve ser reduzida muito lentamente. Novos tratamentos em crianças e adolescentes têm sido relatados como os agentes antilutamatérgicos como riluzol ou D-cicloserina, um agonista parcial de N-metil-D-ácido aspártico (NMDA).

Segundo Walsh & McDougle (2011), dois métodos cirúrgicos estão disponíveis, e têm demonstrado eficácia para pacientes portadores de TOC grave e altamente resistentes aos tratamentos atuais com medicação e psicoterapia. A opção menos invasiva é a estimulação cerebral profunda do limbo anterior da cápsula interna ou do estriado adjacente. O tratamento mais invasivo de último recurso é a capsulotomia ventral capsular-ventral estriatal.

3. CONCLUSÃO

A Terapia de EPR (Exposição e Prevenção de Resposta) é o tratamento de primeira linha para a maioria dos pacientes com TOC, embora a falta de disponibilidade de serviços de alta qualidade limite sua utilização. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) usados em doses adequadas por pelo menos 10-12 semanas são uma primeira opção razoável para os pacientes incapazes de obter tratamento completo ou EPR. Pacientes não responsivos à primeira rodada de monoterapia podem se beneficiar da combinação de terapia de EPR e um ISRS. A clomipramina é uma opção adequada para os pacientes que não respondem a dois ensaios adequados de ISRS, mas requer um acompanhamento rigoroso devido ao risco de convulsões e toxicidade cardíaca. A associação de neurolépticos (antipsicóticos - clozapina) aos ISRSs é uma opção razoável para alguns pacientes resistentes ao tratamento, especialmente aqueles com tiques. Enquanto moduladores glutamato (GLU - o neurotransmissor excitatório mais comum) são promissores, estudos controlados em crianças e adultos são necessários, antes que o seu papel na terapia do TOC seja claro. Pacientes cuja significativa ansiedade os impede de iniciar a terapia EPR podem se beneficiar do uso de DCS (D-cicloserina, um agonista parcial do receptor M-metil D-aspartato) anterior à terapia EPR ou terapia cognitiva; no entanto, esses métodos também necessitam de mais pesquisas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMOWITZ JS. The psychological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51:407–416.
2. American Psychiatry Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
3. BECK AT. Cognitive Therapy and the emotional disorder. New York: International Universities Press; 1976.
4. BRAGA, DT. Funcionamento neuropsicológico no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e resposta à Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo. 2011, 155 f Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011
5. BRANDL EJ, MÜLLER DJ, RICHTER MA. Pharmacogenetics of Obsessive-Compulsive Disorders. *Pharmacogenomics*. 2012 Jan; 13 (1): 71-8124.
6. CLARK DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986; 24(4): 461-70.
7. CORDIOLI AV, BRAGA DT. (2011) Terapia Cognitivo-Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: Rangé e cols. *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. (p.325-343). 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
8. CORDIOLI AV. A Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Rev Bras Psiquiatria* 2008; 30 (Supl II): S65-72.
9. D'ALCANTE CC. Características neuropsicológicas no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seu impacto na resposta ao tratamento. 2010. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
10. ELLIS A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A.Ellis and R.Grieger (eds.) *Handbook of rational-emotive therapy*, (pp.3-34). New York: Springer.

11. FOA EB, LIEBOWITZ MR, KOZAK MJ *et al.* Randomized, placebo controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:151–161
12. FOA E B. Cognitive behavioral therapy of Obsessive-Compulsive Disorder. *Thérapie cognitivocomportementale des troubles obsessionnels compulsifs Dialogues Clin Neurosci*. 2010 June; 12 (2): 199–207.
13. FULLANA MA *et al.* Variation in the BDNF Val66Met polymorphism and response to Cognitive-Behavior Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder Article in press *European Psychiatry* xxx (2011) xxx-xxx Available online at SciVerse ScienceDirect www.sciencedirect.com
14. GARCIA AM *et al.* Predictors and Moderators of Treatment Outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 October; 49 (10): 1024-1033
15. GOODMAN WK *et al.* The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46:1006-1011.
16. IZQUIERDO, I. (2002) *Memória*. Porto Alegre: Artmed.
17. DINIZ J B *et al.* Risk factors for early treatment discontinuation in patients with Obsessive-Compulsive Disorder *Clinics*. vol. 66 no.3. pps 387-393, São Paulo, 2011.
18. KNAPP P., BECK A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da Terapia Cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30 (Supl II): S54-64.
19. LEAHY RL. (2011) “Nunca é o suficiente” Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: *Livre de ansiedade*. (91-115). Porto Alegre: Artmed.
20. MATAIX-COLS D., ROSARIO-CAMPOS MC, LECKMAN JF (2005). A multidimensional model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 162, 228-238.
21. MATAIX-COLS, D *et al.* (2010) Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 556-572.

22. MIGUEL E.C. Transtornos do espectro Obsessivo-Compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.
23. MORITZ, S. *et al.* How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for Obsessive-Compulsive Disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010 June; 12 (2): 209-220.
24. [No authors listed] Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 Jan; 51 (1): 98-113
25. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.(OCCWG,1997). Cognitive assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 99,237-247.
26. OUGRIN D.Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2011, 11:200 doi: 10.1186/1471-244X-11-2009.
27. Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-Behavior Therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004; 292:1969–19769.
28. PENADÉS R *et al.* Executive function and non verbal memory in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research* 2005; 133:81-90.
29. ROTHBAUM BO. Critical parameters for D-cycloserine enhancement of Cognitive –Behavioral therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry.* 2008; 165:293-296.
30. SADOCK BJ. SADOCK VA. Transtornos de ansiedade. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.* (pps.158-162) Porto Alegre: Artmed, 2011.

31. SOUZA FP *et al.* Propriedades psicométricas da versão em português do Brasil da Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2011, vol.33, n.2, pp. 137-143.
32. STERNBERG, R.J. (2000) *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
33. STORCH EA, Merlo LJ, Larson MJ, *et al.* Clinical features associated with treatment-resistant pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry*. 2008; 49:35–42. 53.
34. SWEDO SE, LEONARD HL, RAPOPORT JL. The pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics*. 2004; 113:907–911.
35. VÁZQUEZ RIVERA S, GÓMEZ MAGARIÑOS S, GONZALEZ-BLANCH C. Effects on the brain of effective psychological treatments for anxiety disorders: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38 (4): 239-248
36. VLOET TD, SIMONS M, HERPENTZ-DAHLMANN B. Psychotherapeutic and pharmacological treatment of pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Article in German *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2012 Jan; 40 (1): 29-40.
37. WALITZA S, *et al.* Obsessive-Compulsive Disorder in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2011; 108 (11): 173-9.
38. WHITTAL ML, THORDARSON DS, McLEAN PD. Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: Cognitive Behavior Therapy vs Exposure and Response Prevention. *Behav Res Ther*. 2005; 42:1559–1576.