

# NEUROSE OBSESSIVO-COMPULSIVA

Fundamentos Clínicos e Cognitivo-Comportamentais

***Fernando Edilásio Pocinho***

*Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta*

Consulta de Stress

Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2008

# Antecedentes Históricos

Como é sabido, a primeira descrição médica dos transtornos obsessivo-compulsivos, considerados já verdadeiramente como doença, foi feita em 1838 por Esquirol.

Esquirol sugeria que os sintomas de natureza obsessiva emergiam de um *“tipo de carácter escrupuloso”*, enquanto que Janet, por exemplo, em 1903, descrevia o **psicasténico** como *“continuamente atormentado por uma sensação interna de imperfeição”*.

# Antecedentes Históricos

- A natureza deliberativa do doente obsessivo foi igualmente descrita por **Maudsley**, em 1895, em termos de *“terríveis e incríveis vacilações insignificantes e irresoluções sem valor”*.
- Também **Freud** (1909) tinha já anteriormente sublinhado que a dúvida e a incerteza estavam intimamente ligadas: *“... é a dúvida que leva o doente à incerteza acerca das suas medidas protectoras e à sua contínua repetição, de modo a banir a incerteza ...”*.

# Antecedentes Históricos

Em 1875, um outro autor francês, Legrand du Saulle, do hospício de Bicêtre, fez uma descrição muito pormenorizada desta entidade clínica.

Legrand du Saulle designou-a por “Delírio da dúvida, com delírio do tacto”, considerando-a como uma das quatro variedades de loucura que decorre com consciência, ou seja, sem perda crítica da realidade.

Deu-lhe esta designação porque considerou que a presença da dúvida e o medo da contaminação constituíam os sintomas fulcrais destas manifestações clínicas.

# Antecedentes Históricos

**Carl Westphal** em **1877**, então professor de psiquiatria em Berlim, assinalou o começo precoce e a cronicidade deste transtorno referindo que esta situação **nunca evoluía para a psicose** e se deveria diferenciar da **hipocondria** e da **melancolia**.

# Códigos da NOC

- Na DSM-IV (1994), e na DSM-IV-TR (2000), da A.P.A., à **N**eurose **O**bsessivo-**C**ompulsiva corresponde-lhe o código número 300.3.
- Na CID-10 (1992), da O.M.S., corresponde-lhe o código F42.9.

## **Critérios diagnósticos de Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (DSM IV-TR, APA, 2000)

### ■ **Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (DSM-IV-TR)

#### ■ A - Existência de obsessões ou compulsões **Obsessões tal como definidas em: (1), (2), (3) e (4)**

- (1) Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, que são experienciados em alguma altura do distúrbio, como intrusivos e inapropriados e causam marcada ansiedade ou perturbação.
- (2) Os pensamentos, impulsos ou imagens não constituem simples preocupações excessivas acerca de problemas da vida real.
- (3) O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los através de outros pensamentos ou acções.
- (4) O indivíduo reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas, são um produto da sua própria mente (não imposto do exterior, como na inserção do pensamento).

## **Critérios diagnósticos de Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (DSM IV-TR, APA, 2000) (cont.)

- **Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (DSM-IV-TR)

- **Compulsões** tal como definidas em: (1) e (2)

- (1) Comportamentos repetitivos (por exemplo, lavagens, verificação, ordenação) ou actos mentais (por exemplo, rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a desempenhar, em resposta a uma obsessão ou de acordo com o cumprimento de regras que devem ser rigidamente aplicadas
- (2) Os comportamentos ou actos mentais visam prevenir ou reduzir a angústia ou prevenir alguma situação ou um acontecimento temidos. No entanto, estes comportamentos ou actos mentais não estão ligados de forma realista com o que se propõem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos.

## **Critérios diagnósticos de Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (DSM IV-TR, APA, 2000) (cont.)

- B** - Em alguma altura, durante a evolução da perturbação, o indivíduo reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou não razoáveis. (nota: não aplicável a crianças).
- C** - As obsessões ou compulsões causam marcada angústia, uma perda considerável de tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem de modo significativo com as actividades quotidianas do indivíduo, o seu funcionamento profissional ou as suas actividades sociais.
- D** - Se estiver presente um outro distúrbio do Eixo I, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele (por exemplo, preocupação com comida, na presença de uma **Perturbação do Comportamento Alimentar**; puxar o cabelo, no caso da **Tricotilomania**; preocupações com a aparência na **Perturbação Dismórfica Corporal**; preocupações com drogas na presença de uma **Perturbação por abuso de Substâncias**; preocupação com doenças na presença de **Hipocondria**; preocupação com impulsos ou fantasias sexuais na presença de uma **Parafilia** ou rumações de culpa, na presença de uma **Depressão Major**).
- E** - O distúrbio não é devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de uma condição médica geral.

### **Especificar se:**

Com crítica (*insight*) deficiente: se durante a maior parte do episódio actual, o indivíduo não reconhecer que as obsessões e compulsões são excessivas ou não razoáveis.

# Comparação da DSM-III-R com a DSM-IV

- Os critérios da DSM-IV (APA, 1994), para a POC, diferem da Classificação anterior da APA (DSM-III-R, APA, 1987), em alguns aspectos que a seguir iremos salientar.
1. Na **DSM-III-R**, as obsessões são definidas com *“intrusivas e sem sentido”*, enquanto na **DSM-IV** são definidas como *“intrusivos e inapropriados e causam marcada ansiedade ou perturbação”*. Esta mudança visa sobretudo corrigir a omissão da noção que as obsessões são aversivas, retirando a ênfase à **“crítica”** (*insight*), enquanto característica das próprias obsessões.
  2. Na **DSM-IV** é referido um critério específico segundo o qual as obsessões *“não constituem simples preocupações excessivas acerca de problemas da vida real”*, este mesmo critério foi introduzido para se estabelecer a distinção entre as obsessões e as preocupações que ocorrem na **Perturbação de Ansiedade Generalizada**.

## Comparação da DSM-III-R com a DSM-IV

3. Na **DSM-IV**, a definição das compulsões foi expandida para que se possam incluir, também, as compulsões mentais, isto é os *“actos mentais”*.
4. Na **DSM-IV**, a ênfase da **DSM-III-R** no reconhecimento do carácter absurdo, ilógico ou sem sentido dos sintomas, foi atenuada por meio da introdução de um novo critério, segundo o qual é assinalado que *“em alguma altura, durante a evolução do distúrbio, o indivíduo reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou não razoáveis”*.

## Comparação da DSM-III-R com a DSM-IV

5. Para melhor acentuar a falta de reconhecimento do carácter sem sentido dos sintomas, foi ainda introduzido na **DSM-IV**, um novo subtipo: com “*crítica (insight) deficiente*”.
6. Na DSM-IV, já não é especificada uma duração mínima para a presença dos sintomas (**2 semanas na DSM-III-R**), mas sim uma duração mínima dos sintomas por dia (**1 hora**).

## Comparação da DSM IV com a DSM IV-TR

- Os critérios propriamente ditos da **DSM-IV** (APA, 1994), para o DOC, não diferem significativamente da sua versão revista (**DSM IV-TR**, APA, 2000). No entanto, realça-se que a informação acompanhante foi actualizada, nomeadamente sobre a comorbilidade de modo a incluir um comentário sobre a **síndrome PANDAS**, que ocorre em **crianças com infecções estreptocócicas beta-hemolíticas do grupo A** e que pode cursar com **sintomatologia obsessivo-compulsiva**. Foi também actualizada a informação relativa à prevalência, passando a incluir as taxas nas crianças

# Classificação Internacional das Doenças

## (10.<sup>a</sup> Edição)

- A **Classificação Internacional das Doenças**, propõe dois conjuntos de critérios diagnósticos para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. O primeiro (**WHO-CID 10, 1992**), é constituído não por critérios operacionais, mas sim por “**directrizes diagnósticas**” e destina-se particularmente ao **uso clínico**, enquanto que o segundo é sobretudo constituído por **critérios operacionais**, no entanto semelhantes aos assinalados na Classificação da *Associação de Psiquiatria Americana* e, destina-se à utilização em **investigação** (**WHO-CID 10, 1993**).

# Prevalência de Neurose Obsessivo-Compulsiva, em estudos que usaram o *Diagnostic Interview Schedule* (DIS)

(adap.de Black, 1996)

Autores	Local	6 meses (%)	em toda a vida (%)
<b>ECA</b> ( <i>Epidemiology Catchment Area</i> ):			
Robins <i>et al.</i> , 1981	New Haven	1.4	2.5
Robins <i>et al.</i> , 1981	Baltimore	2.0	3.0
Robins <i>et al.</i> , 1981	St.Louis	1.3	1.9
Karno <i>et al.</i> , 1988	Piedmont	2.2	3.3
Karno <i>et al.</i> , 1988	Los Angeles	0.7	2.1
Bland <i>et al.</i> , 1988	Edmonton	1.6	3.0
Wittchen <i>et al.</i> , 1992	Munique	1.8	2.0
Canino <i>et al.</i> , 1987	Porto Rico	1.8	3.2
Lee <i>et al.</i> , 1990	Coreia	—	2.3
Hwu <i>et al.</i> , 1989	Taiwan	0.3	0.9
Well <i>et al.</i> , 1989	Nova Zelândia	1.0	2.2

# Frequência de tipo de obsessões numa amostra de 250 doentes com NOC

(Rasmussen e Eisen, 1988)

Obsessões	Taxa (%)
■ Contaminação	45
■ Dúvida patológica	42
■ Somáticas	36
■ Necessidade de simetria	31
■ Impulsos agressivos	28
■ Impulsos sexuais	26
■ Outros	13
■ Obsessões Múltiplas	60

# Frequência de tipo de obsessões numa amostra de 250 doentes com NOC

(Rasmussen e Eisen, 1988)

Compulsões	Taxa (%)
■ Verificação	63
■ Lavagem	50
■ Contar	36
■ Necessidade de perguntar ou confessar	31
■ Simetria e precisão	28
■ Impulsos sexuais	26
■ Armazenar	18
■ Compulsões Múltiplas	48

# Sintomas de apresentação em 70 casos de doentes com NOC de início na infância e adolescência

(Swedo *et al.*, 1990)

Sintomas referidos na entrevista inicial (%)

## Obsessões

■ Preocupações com sujidade, germes, etc	40
■ Preocupação com algo de terrível que possa acontecer	24
■ Simetria, ordem, exactidão	17
■ Escrupulosidade	13
■ Preocupação com as secreções/excreções corporais	8
■ Números de azar ou sorte	8
■ Imagens, pensamentos ou impulsos sexuais ou perversos	4
■ Medos de magoar a si-próprio ou outrém	4
■ Preocupações com <i>items</i> do lar	3
■ Sons, palavras ou música, intrusivos e sem sentido	1

# Sintomas de apresentação em 70 casos de doentes com NOC de início na infância e adolescência

(Swedo *et al.*, 1990)

Sintomas referidos na entrevista inicial (%)

## Compulsões

■ Lavagem	85
■ Rituais de repetição	51
■ Verificação	46
■ Rituais de remoção do contacto com contaminante	23
■ Tocar	20
■ Medidas para prevenir que aconteça mal	16
■ Ordenar	17
■ Contar	18
■ Armazenar/coleccionar	11
■ Rituais de limpeza do lar ou objectos inanimados	6
■ miscelânea	26

# Diagnósticos co-mórbidos (*em toda a vida*) em doentes com NOC primária (n=100)

(Adap. de Rasmussen e Eisen, 1990)

Diagnóstico	(N=100)
■ Depressão	67
■ Fobia simples / Específica	22
■ Ansiedade de separação	2
■ Fobia social	18
■ Perturbações do comportamento alimentar	17
■ Abuso de álcool	14
■ Perturbação de Pânico	12
■ Síndrome de Gilles de La Tourette	7

# Características Clínicas da NOC

Do que está referido devemos tirar a conclusão de que a **Neurose Obsessivo-Compulsiva** é uma entidade clínica multifacetada que **se pode tornar extremamente invalidante**.

As **obsessões** e **compulsões**, correspondem a uma das formas mais complexas e dramáticas de descompensação clínica, a que podem ainda ligar-se outras perturbações psicopatológicas, as designadas **perturbações do “espectro obsessivo”** (Macedo e Pocinho, 2007).

# Características Clínicas da NOC

Apesar de outrora se pensar ser uma doença relativamente rara, estudos recentes na população geral apontam para valores de **prevalência em 6 meses de 1.6%** e **em toda a vida de 2.5%** (Robins *et al.*, 1984), **ocupando o quarto lugar entre as perturbações emocionais mais comuns**, a seguir às **fobias**, ao **abuso de substâncias** e à **depressão major** (Rasmussen e Eisen, 1994).

# Características Clínicas da NOC

Embora continue a ser considerada uma **doença de rara complexidade**, o seu **prognóstico** passou a ser menos reservado, tendo em conta a disponibilidade actual de **estratégias terapêuticas mais eficazes** (Pocinho; Macedo e Pato., 1995).

# Características Clínicas da NOC

## Aspectos Biológicos

Achados provenientes de várias áreas de investigação (imagiologia, psicofarmacologia, neuropsicologia, etc.), sugerem fortemente ser uma doença em que estão implicados disfunções de determinados circuitos neuronais (nomeadamente do circuito entre o córtex frontal, os núcleos da base e talâmicos) e dos sistemas neurotransmissores.

# Características Clínicas da NOC

## Aspectos Biológicos

Recentemente, tem sido privilegiada a **hipótese serotoninérgica**, dada a relativa selectividade de resposta a uma gama limitada de fármacos descritos como "antiobsessivos", os antidepressivos inibidores (selectivos ou não) da recaptação da **serotonina**.

No entanto, de acordo com Baumgarten e Grozdanovic (1998), embora estes achados atestem a **acção terapêutica da inibição do transporte da serotonina**, não reflectem necessariamente a existência de anomalias relevantes no **sistema serotoninérgico**, ou seja, a **manipulação farmacológica** pode causar uma **supressão dos sintomas**, mas o próprio **sistema serotoninérgico não estar envolvido na fisiopatologia da doença**.

# A TCC NO TRATAMENTO DA NOC

## A Análise Funcional Cognitivo-Comportamental

*( Complementada pela ADIS-IV-L – Entrevista Diagnóstica de Distúrbios de Ansiedade para a DSM-IV: Versão em toda a Vida )*

## A Observação e Monitorização dos sintomas

## A Avaliação Clínica - Psicométrica

*( Questionários, Inventários e Escalas Clínicas )*

## As Terapias Comportamentais

## As Terapias Cognitivas

# A Análise Funcional dos Sintomas Obsessivos

É importante distinguir os **quatro níveis** de desenvolvimento de um fenómeno obsessivo-compulsivo

1. O Pensamento Intrusivo
2. Resposta Emocional e Esquemas Cognitivos de Perigo
3. Os Pensamentos Automáticos
4. Os Pensamentos e Comportamentos de Neutralização  
( **Rituais Compulsivos encobertos e abertos** )

# O PENSAMENTO INTRUSIVO

O **pensamento intrusivo** é um pensamento obsidiante, potencialmente repugnante e estranho ao próprio indivíduo

Para **Rachman & De Silva (1978)**, as obsessões são pensamentos intrusivos, imagens ou impulsos automáticos, involuntários, acompanhados de ansiedade

No que respeita ao **conteúdo cognitivo** não há diferença entre os fenómenos obsessivos observados em indivíduos normais e os que sofrem de NOC

Estima-se que mais de 80% dos indivíduos normais apresentam ideias obsidiantes que diferem simplesmente das ideias dos doentes obsessivos pela sua frequência e duração, rejeitando-as sem dificuldade (*resposta emocional e de ansiedade*)

A **obsessão patológica** diferencia-se de uma **obsessão normal** pelos mecanismos perturbados de habituação envolvidos

Revelam-se semelhantes na forma, porém indistinguíveis no que respeita ao conteúdo, significado e afecto associados

# OS ESQUEMAS COGNITIVOS DE PERIGO

Trata-se de Regras rígidas, ou de Postulados internos ( *sistemas de crenças pessoais disfuncionais* ), amiúde resistentes à extinção, cognitivamente organizados em *ESQUEMAS TÁCITOS de PERIGO ( DANO, AMEAÇA, DESAFIO )* que se apresentam de forma imperativa

- *Hipervigilância*
- *Hipersensibilidade ao Controlo*  
( *controlo dos próprios actos e suas consequências* )
- *Responsabilização excessiva, Culpabilidade, Vergonha, etc.*

1. **CRENÇAS INCONDICIONAIS**
2. **IDEIAS SOBREVALORIZADAS**
3. **Perfeccionismo Patológico**

# OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Representam uma apreciação negativista dos próprios Pensamentos Intrusivos:

*“...É terrível pensar desta maneira..., tive que pensar várias vezes no número 13. Acho que vou ser responsável por algo de mal que venha a acontecer a alguém da minha família”.*

# OS PENSAMENTOS E COMPORTAMENTOS DE NEUTRALIZAÇÃO

## Processo Obsessivo Circular

Intrusividade – Avaliação da Responsabilidade –  
Tentativa de Neutralização – Avaliação

A **Activação gera Activação**, susceptível de levar o enfermo à impulsão e, consequentemente, à compulsão

# SUBTIPOS CLÍNICOS DOS FENÓMENOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS

Marks (1987)

## Rituais Compulsivos com presença de Obsessões

( rituais de limpeza / desinfecção / lavagem, rituais de repetição, rituais de verificação, rituais de ordenamento e rituais de acumulação )

## Lentidão Obsessiva sem presença de Rituais observáveis

( possível presença de rituais obsessivos relacionados com execução muito lenta de tarefas, enquanto estratégia para o doente se assegurar de que “tudo é feito da melhor maneira possível, sem quaisquer erros ou imperfeições” )

## Obsessões sem presença de Rituais Compulsivos

( apesar de uma parte bastante considerável da casuística clínica observada apresentar compulsões precedidas de obsessões, casos há em que apenas são revelados **fenómenos obsessivos puros, sem compulsões associados** )

# SUBTIPOS CLÍNICOS DOS FENÓMENOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS

Foa, Kozak, Steketee, Ozarow e McCarthy (1988)

Ideias Intrusivas com presença de percepção de sinais ou estímulos externos, e de medo sobre ocorrências relacionadas com acidentes / desastres / catástrofes

Ideias Intrusivas com presença de percepção de sinais ou estímulos externos, sem pensamentos de medo de ocorrências relacionadas com acidentes / desastres / catástrofes

Ideias Intrusivas e Pensamentos recorrentes sobre ocorrências relacionadas com acidentes / desastres / catástrofes, sem presença de percepção de sinais ou estímulos externos

# SUBTIPOS CLÍNICOS DOS FENÓMENOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS

De Silva e Rachman (1992)

- Compulsões de Limpeza ou Lavagem
- Compulsões de Securização / Comprovação
- Outro tipo de Compulsões manifestas  
Por exemplo, rituais de repetição, de tocar, de acumular e armazenar, etc.
- Obsessões não acompanhadas de Compulsões manifestas  
Por exemplo, contar seguindo uma determinada sequência ou ordem.  
É importante assinalar que os Rituais Encobertos podem ou não estar relacionados com o conteúdo cognitivo da obsessão
- Lentidão Obsessiva Primária

# **SUBTIPOS CLÍNICOS DOS FENÓMENOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS**

**International OCD Cognitions Working Group (1997)**

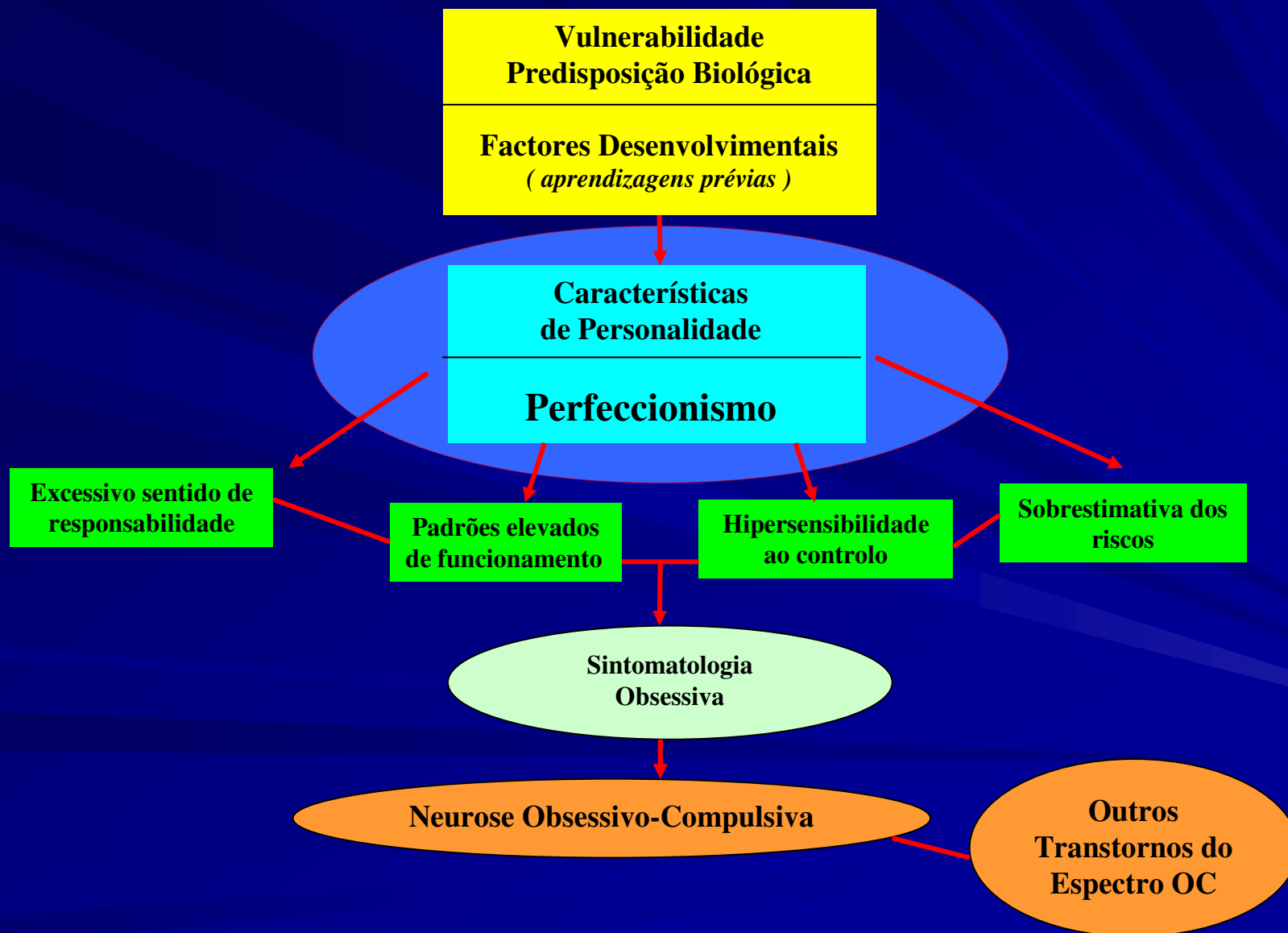
- Sobrevalorização dos pensamentos obsessivos e necessidade de os controlar  
( preocupação excessiva com a importância e o controlo dos pensamentos )
- Sobrestimativa dos riscos ou do perigo
- Intolerância à incerteza
- Perfeccionismo
- Responsabilidade excessiva

# PERFECCIONISMO E TRANSTORNOS DO ESPECTRO OBSESSIVO

Alguns autores salientaram já que o *perfeccionismo* se encontra intimamente ligado a um *excessivo sentido de responsabilidade*, tal como se observa por exemplo em doentes Obsessivo-Compulsivos, com Distúrbio Compulsivo da Personalidade ou com Distúrbios do Comportamento Alimentar

Assim, convém salientar que tanto a *responsabilidade excessiva* como o *perfeccionismo* influenciam acentuadamente certo tipo de *crenças disfuncionais*, sobrevalorizadas pelo indivíduo, interferindo nos processos cognitivos de avaliação dos fenómenos de natureza *obsessiva e impulsiva*

# O Lugar do Perfeccionismo no Espectro Obsessivo



# PERFECCIONISMO E ESPECTRO OBSESSIVO

## O PROBLEMA DOS PROCESSOS INTERNOS COGNITIVOS E EMOCIONAIS

Nestes “*distúrbios específicos do espectro obsessivo*” há significações e distorções cognitivas prototípicas que interferem significativamente nas vivências do indivíduo, gerando grande dificuldade de expressão emocional e afetiva

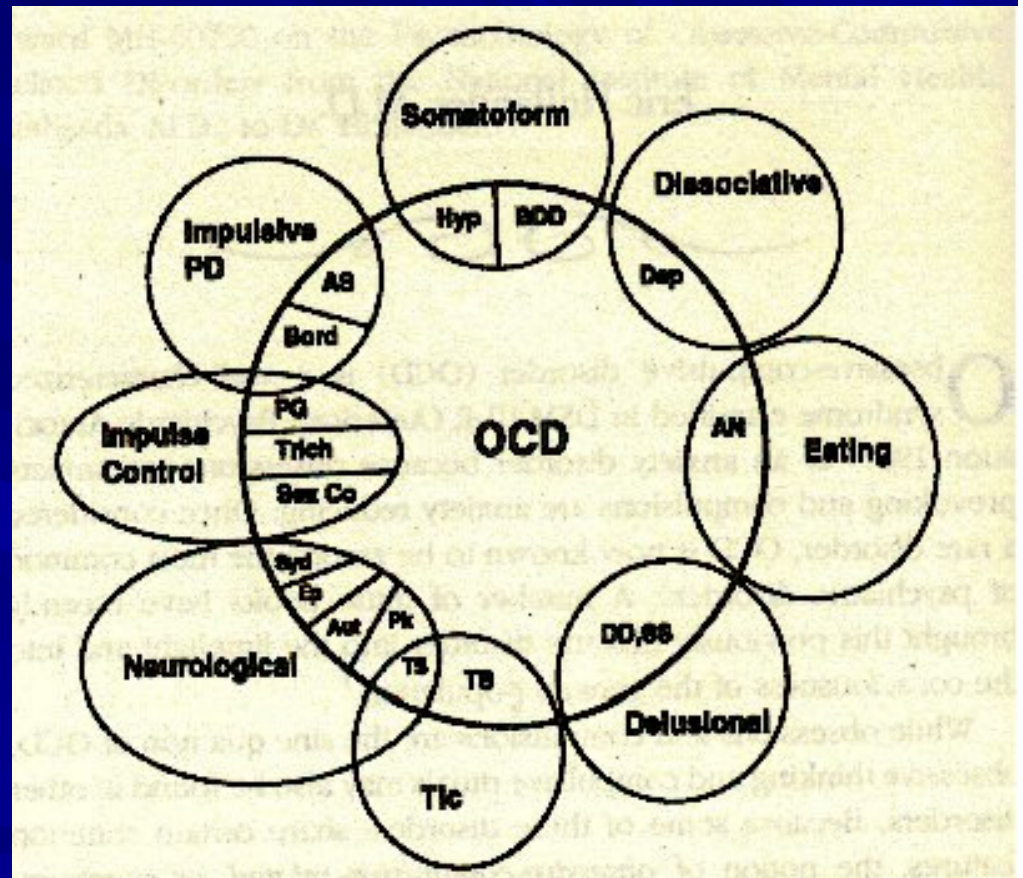
Por exemplo, nos casos de elevada descompensação clínica, estados extremos de angústia existencial, de desespero aprendido e de déficit de estratégias de “*Coping*”, podem conduzir o indivíduo à tentativa de suicídio

# PERFECCIONISMO E ESPECTRO OBSESSIVO

- **Perfeccionismo** (*crença de que um perfeito estado existe e, por isso, susceptível de ser atingido*) pode ser encarado como uma forma de “Coping” disfuncional, adoptada pelo indivíduo para tentar manter o controlo face a uma situação potencialmente indutora de *Stress*, reduzindo o risco de ameaça percepcionada
- **Perfeccionismo excessivo**, enquanto tentativa de se alcançar um estado de perfeição absoluta, está ligado à presença de disfunções psicopatológicas

# OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO OBSESSIVO

- O **perfeccionismo** encontra-se intimamente ligado a um **excessivo sentido de responsabilidade**, tal como se observa em várias condições clínicas diferentes
- A **responsabilidade excessiva** e o **perfeccionismo** influenciam certas crenças pessoais sobrevalorizadas, interferindo nos **processos cognitivos** de avaliação dos fenómenos de natureza **obsessiva** e **impulsiva**. Parece constituir-se como um **denominador comum**, em **múltiplos Transtornos do Espectro Obsessivo**



# OBSERVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS OBSESSIVO-COMPULSIVOS

Obsessões Ideativas – Obsessões Fóbicas – Obsessões Impulsivas e  
concomitantes Rituais Compulsivos

Importância da Observação e Monitorização em  
contexto Institucional

Importância da Observação e Monitorização no  
meio ambiente do doente

# OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA MAIS UTILIZADOS NA NOC

- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale *Y-BOCS*
- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory *MOCI*
- Vancouver Obsessive-Compulsive Inventory *VOCI*
- Obsessive Thoughts Checklist *OTC*
- Behavioural Avoidance Test *BAT*
- Four Target Rituals Scale *FTRS*
- Target Symptoms Rating Form *OC*
- Compulsive Activity Checklist – Revised *CAC-R*
- Belief Inventory *BI*
- Padua Inventory *PI*

# AS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS NA NOC

## ■ Metodologias Terapêuticas de Bloqueio

- Paragem do Pensamento (Stern, 1970)
- Prevenção de Resposta (para as compulsões)
- Contingências Aversivas
- Distracção Cognitiva

## ■ Metodologias Terapêuticas de Exposição

- Saciação (Rachman, 1976)
- Intenção Paradoxal (Frankl, 1960)
- Confrontação e Habituação face aos estímulos / acontecimentos de vida que determinam a realização dos Rituais Compulsivos:
  - Exposição / “*Flooding*” por imaginação (Solyom *et al.*, 1972)
  - Exposição prolongada *in vivo*,
    - com Prevenção de Resposta ou de Ritual (Meyer, 1966)

Podem ainda ser utilizadas técnicas de *Role-playing* e de *Role-taking*

## A RELAÇÃO FUNCIONAL ENTRE AS OBSESSÕES E AS COMPULSÕES

Como é bem sabido, na década de 1970 surgem vários estudos que demonstram a pertinência clínica do Modelo Comportamental para a compreensão e tratamento da **Neurose Obsessivo-Compulsiva**

Estabeleceram-se, desde então, as bases para tratar casos em que há predomínio de **compulsões** (Terapia de Exposição com Prevenção de Resposta), bem como para tratar essencialmente **obsessões** (Saciação)

# A RELAÇÃO FUNCIONAL ENTRE AS OBSESSÕES E AS COMPULSÕES

Por exemplo, já em 1972, Hodgson & Rachman observavam nos doentes com rituais compulsivos de lavagem e limpeza, um aumento elevado da ansiedade quando confrontados com a sujidade

Todavia, os níveis objectivos e subjectivos de ansiedade decresciam rapidamente de intensidade e duração, sempre que realizavam uma compulsão de lavagem

O mesmo se observou noutros casos clínicos, como por exemplo nos verificadores, cuja ansiedade se esbatia logo após a execução dos habituais rituais de verificação (Röper et al., 1973)

# A RELAÇÃO FUNCIONAL ENTRE AS OBSESSÕES E AS COMPULSÕES

Confirmava-se, pois, a **extinção** espontânea da **Ansiedade** com a aplicação da **Terapia de Exposição com Prevenção de Resposta** ( **Habituação** )

Outros estudos realizados neste domínio, além de confirmarem o que foi referido, verificaram ainda que a necessidade imperiosa de se realizarem compulsões de lavagem ou de verificação, também **decrecia** ou **desaparecia espontaneamente**, num período de tempo que variava entre os **15 e os 180 minutos**. Isto acontecia sempre que os doentes se abstivessem de realizar satisfatoriamente tais rituais compulsivos

Por outro lado, **comprovou-se também que o esbatimento do mal-estar ligado à vontade excessiva de verificar acentuava-se, progressivamente mais, a cada repetição do exercício terapêutico**

Deste modo, além de ficarem estabelecidas as bases científicas para a **Terapia de Exposição com Prevenção de Resposta**, passou a conhecer-se em pormenor este fenómeno que, desde aquela época, se denomina **Habituação** (Rachman et al., 1976; Rachman & De Silva, 1978; Lickierman & Rachman, 1980)

# AS TERAPIAS COGNITIVAS NA NOC

Este tipo de abordagem pode utilizar-se isoladamente ou em associação com a Terapia Comportamental clássica

Nas Terapias Cognitivas os doentes aprendem a lidar mais eficazmente com os seus sistemas de crenças irracionais, ou falsas crenças

O objectivo principal é identificar e examinar estas crenças disfuncionais (metacognições) subjacentes e não os pensamentos obsessivos em si

# AS TERAPIAS COGNITIVAS NA NOC

- Isolar o pensamento Intrusivo e Descastastrofizar
- Reatribuição Causal da Culpabilidade
- Isolar, examinar e debater os pensamentos Intrusivos e suas relações com os rituais compulsivos
- Isolar, examinar e debater os Postulados Internos ou *“Regras Rígidas Silenciosas”*

# A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA NOC

- Tarefas terapêuticas enfatizando a pertinência clínica de técnicas de Exposição com Prevenção de Responsabilização Patológica
- Reestruturação Cognitiva segundo o Modelo de Jeremy Safran
- Reestruturação Cognitiva segundo os Modelos de Aaron Beck e de Paul Salkovskis
- Reestruturação Cognitiva segundo o Modelo de Albert Ellis (*Terapia Racional-Emotiva*)
- Descentração Emocional e Cognitiva centrada no desenvolvimento do Auto-Conceito, no Treino de Auto-afirmação, na Identidade e no Perfeccionismo patológico (*ou outras disposições da personalidade*)
- Treino de Resolução de Problemas

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

De acordo com Pato, Eisen & Philips (1996), apesar do sucesso alcançado na abordagem de tratamento comportamental da Neurose Obsessivo-Compulsiva, ainda subsistem algumas limitações, tais como por exemplo:

- 1) Cerca de 15 a 25% dos doentes recusam, de início, submeter-se ao tratamento comportamental das suas obsessões-compulsões ou, cedo o abandonam, com queixas referidas a um acentuado aumento da ansiedade, amiúde atribuído ao próprio processo terapêutico

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

- 2) Outros 25% da casuística clínica não melhoram com a terapia comportamental, por razões de várias ordens, das quais se destacam as complicações decorrentes do desenvolvimento secundário de sintomatologia depressiva, aquelas que decorrem do uso de psicofármacos (sobretudo antidepressores que actuam no Sistema Nervoso Central), susceptíveis de inibir os processos de habituação ao desconforto provocado pela ansiedade
- 3) Inexistência ou diminuição da capacidade de *“Insight”*
- 4) Falta de dedicação nos exercícios terapêuticos auto-administrados (*“Trabalho de Casa”*), da qual pode resultar uma insuficiente ou inadequada utilização dos métodos terapêuticos de Exposição combinada com Prevenção de Resposta

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

- 5) Desinvestimento por parte do Médico Psiquiatra / Psicólogo Clínico / Psicoterapeuta na implementação do paradigma cognitivo-comportamental ou, simples desinteresse por fazer com que o doente cumpra com os objectivos do tratamento
- 6) Finalmente, os autores estimam que 50 a 70% dos casos tratados apresentam melhorias nítidas dos sintomas obsessivo-compulsivos, pelo que estas metodologias terapêuticas se tornaram promissoras

É importante assinalar que estas percentagens variam consoante as pesquisas efectuadas neste domínio

É sabido que a eficácia da Terapia de Exposição com Prevenção de Resposta se revelou igualmente superior a outros métodos não-farmacológicos como o Treino de Relaxamento, o Modelamento Passivo e a Paragem do Pensamento

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

Assim, a **Neurose Obsessivo-Compulsiva** é uma entidade clínica frequentemente invalidante, correspondendo os fenómenos obsessivo-compulsivos a uma das formas mais complexas e dramáticas de descompensação clínica, a que podem ainda ligar-se outros transtornos psicopatológicos, as designadas perturbações do **“Espectro Obsessivo”** (Macedo e Pocinho, 2000)

Estes aspectos levantam o problema de como ajudar eficazmente o doente e a sua Família

Frequentemente nos é referido que nem sempre é fácil conviver com um doente obsessivo-compulsivo. Dado o carácter irracional e absurdo dos seus sintomas, muitas vezes são vistos pela Família como **“manias tolas, exageradas e infundadas”**, não aceitando que fujam sistematicamente ao seu controlo voluntário

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

Na maioria dos casos clínicos a vida doente parece estar completamente “organizada” em torno da sua sintomatologia (compulsões de limpeza, de acumulação, de verificação, de perguntar ou uma simples lentidão motora, etc.) que, com o tempo, acaba por interferir significativamente com a vida profissional, social, afectiva e com as rotinas quotidianas da Família

Estes aspectos podem contribuir para o aparecimento de conflitos que, por sua vez, acabam por dar lugar ao agravamento da sintomatologia

Estima-se que mais de cerca de 80% das Famílias acabam por se envolver de tal modo que, ou se acomodam ao “estilo de funcionamento do enfermo”, modificando o seu comportamento habitual, ou entram em ruptura ao nível do seu relacionamento afectivo e conjugal

# A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA NOC

É muito importante ajudar a transformar a Família do doente no seu principal “Pilar de Apoio”, tornando-se uma **colaboração** muito útil, tanto para o **diagnóstico** como para o **tratamento da NOC**

Pode facilmente **apreender os fundamentos básicos do Modelo Cognitivo-Comportamental para as obsessões-compulsões** e, posteriormente, auxiliar os clínicos na **identificação de rituais abertos e encobertos**, porventura não percebidos pelo próprio doente, na **elaboração de listas categoriais e hierárquicas de dificuldades psicopatológicas** (e.g., comportamentos de evitamento obsessivo-fóbico, etc.), úteis ao tratamento

**Conhecer e saber utilizar** eficazmente algumas **técnicas** derivadas das Terapias Comportamentais e Cognitivas para o tratamento **da NOC**

**Conhecer** o tipo de **tratamento psicofarmacológico** adoptado e, saber como utilizá-lo correctamente