

ATENDIMENTO PSICOTERAPICO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: ESTRATÉGIAS PARA O ATENDIMENTO¹

Beatriz Machado²

RESUMO

O artigo tem como objetivo compreender as estratégias utilizadas na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) a fim de atender os pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O TOC é um transtorno crônico e tem uma prevalência em torno de 2,5% na população ao longo da vida; assim, a pesquisa bibliográfica poderá auxiliar os terapeutas cognitivo-comportamentais no direcionamento dos atendimentos. As causas do transtorno podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial, os quais influenciarão no surgimento do TOC, ocasionando sofrimento psicológico e incapacidade no trabalho. A pesquisa bibliográfica foi realizada com base em materiais impressos e online especializados no atendimento. O referencial teórico construído teve como principais autores: Andreatta; Oliveira (2012); Clark; Beck (2012) e Knapp (2014). Com base na pesquisa, foi possível identificar as etapas dos atendimentos e também, obteve-se que as principais técnicas são: as comportamentais de exposição e prevenção da resposta, além dessas, tem-se a psicoeducação do paciente e da família, relação terapêutica, dentre outras.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia Cognitiva Comportamental. Estratégias.

ABSTRACT

The article aims to understand the strategies used in Behavioral Cognitive Therapy (CBT) to treat patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). OCD is a chronic disorder and has a prevalence of around 2.5% in the lifelong population, so bibliographic research will assist cognitive behavioral therapists in directing care. The causes may involve biological and psychosocial factors that will influence the onset of OCD, and brings psychological distress and disability at work. The bibliographic research was carried out based on printed and online materials specialized in the service. The main theoretical framework was: Andreatta; Oliveira (2012); Clark, Beck (2012) and Knapp (2014) Based on the research, it was possible to identify the stages of the visits and also, it was obtained that the main techniques used are the behavioral techniques of exposure and prevention of the response, besides these, the psychoeducation of the patient and the family, therapeutic relationship, among others.

¹ Artigo apresentado à Faculdade UnYLeYa – Pós Graduação à Distância – como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Terapia Cognitiva Comportamental, sob a orientação da Prof.^ª Ms. Aline Freire Bezerra Vilela, Brasília/DF, janeiro de 2018.

² Psicóloga, formada pela UEL – Universidade Estadual de Londrina. Atua como Psicóloga Clínica no CEFEL – Centro de Estudos e Atendimento Psicoeducacional de Londrina desde 2010.

Key-words: Obsessive Compulsive Disorder, Behavioral Cognitive Therapy, Strategies

INTRODUÇÃO

Na atualidade, observa-se um aumento significativo nos atendimentos dos casos de ansiedade na clínica psicológica, o que conduz à busca por propostas de intervenção efetivas na redução dos sintomas e conseqüentemente, na solução duradoura da ansiedade.

Deve-se, antes de mais nada, compreender que a eliminação total da ansiedade não é possível, pois ela é a resposta do organismo ao processo de adaptação ao meio ambiente, principalmente quando existem riscos para a pessoa. Ou seja, para que as pessoas consigam sobreviver às constantes situações de perigo ou tensão, é necessário que o funcionamento do corpo seja alterado para que haja a reação de fuga ou ataque, esse é o papel da ansiedade nesse contexto de sobrevivência.

Porém, o que se vê na atualidade é um aumento significativo nos quadros que envolvem a ansiedade que, por sua vez, conduzem a possibilidade de desenvolver vários transtornos mentais, os quais são uma forma do corpo adaptar-se, mesmo que de modo disfuncional, com o meio ambiente.

Para tanto, é importante que os terapeutas e profissionais da saúde saibam reconhecer a ansiedade, bem como, os transtornos provenientes no quadro agudo da ansiedade. Um dos transtornos mentais decorrentes da ansiedade é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

Os estudos sobre o TOC são relevantes para a compreensão do seu funcionamento e também, para organizar estratégias com o intuito de reduzir a intensidade e frequência do transtorno, pois:

O TOC acomete ao redor de 2,5% da população em geral. Seu curso geralmente é crônico, com os sintomas variando em intensidade e, se não tratado, com muita frequência, pode manter-se por toda a vida. Por vários motivos, é considerado um transtorno mental grave, pois os sintomas iniciam geralmente ao final da adolescência (muitas vezes ainda na infância), sendo

raro seu início depois dos 40 anos. Em aproximadamente 10% dos casos seus sintomas são incapacitantes, comprometendo a qualidade de vida de seus portadores num nível significativo ao que ocorre com pacientes esquizofrênicos. 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 (CORDIOLI, 2008, p.S66).

De acordo com o autor, o transtorno atinge uma boa parcela da população mundial e tem como consequências, para a pessoa e para sua família, o sofrimento psíquico e o afastamento do trabalho e da vida social. Dessa maneira, impede que a pessoa tenha uma vida normal na sociedade.

Sobre o atendimento do TOC na clínica psicológica, tem-se obtidos bons resultados na utilização da terapia cognitivo comportamental (TCC), para a redução desse transtorno, segundo Cordioli (2008, p.S66) “ [...] nas últimas três décadas com a introdução de métodos efetivos de tratamento: a terapia de exposição e prevenção de respostas (EPR), ou a terapia cognitivo comportamental (TCC) e os medicamentos antiobsessivos”. Os atendimentos trazem novas possibilidades de vida para os pacientes, promovem a reinserção no mercado de trabalho e na sociedade, além disso, melhoram o convívio com os familiares.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo conhecer as estratégias mais indicadas para os pacientes/clientes com TOC; além disso, buscou-se levantar as estratégias da TCC utilizadas nos atendimentos dos pacientes com Transtornos Obsessivo-Compulsivo e identificar as estratégias da TCC utilizadas nos atendimentos dos pacientes/clientes com TOC. E finalmente, analisar as estratégias da TCC utilizadas nos atendimentos das pessoas com TOC.

O estudo assumiu a forma de pesquisa bibliográfica, segundo GIL (1999, p. 65), “ a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Para a realização da pesquisa, o levantamento do referencial partirá de materiais científicos impressos (livros, revistas) e também, de materiais disponibilizados em sites especializados. A base de dados, pesquisados nos sites Scielo e Pepsic.

Os preditores utilizados na presente pesquisa foram: Ansiedade, Terapia Cognitivo Comportamental, Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

DESENVOLVIMENTO

Para compreender o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é necessário entender a ansiedade, pois é desse transtorno que se abre uma “porta” para o TOC. A importância da compreensão desse transtorno é que a partir dele é possível elaborar um quadro melhor do funcionamento da pessoa com o TOC e também, preparar estratégias de atendimento no modelo da terapia cognitivo comportamental.

Assim, tem-se como base o estudo na abordagem da terapia cognitivo comportamental que, na atualidade, vem obtendo bons efeitos na redução do quadro de TOC, por meio da utilização de estratégias de prevenção e evitação de respostas, psicoeducação, medicamentos, questionamento socrático, dentre outros.

A terapia cognitiva comportamental permite à pessoa tomar consciência do seu quadro e a partir disso, elaborar ferramentas que lhe permitem controlar os seus sintomas. Portanto, a TCC, segundo Oliveira et al. (2009, p.637), “é uma forma de reconstrução reflexiva da auto identidade, visando superar conflitos típicos da instabilidade da alta modernidade”. A pessoa, ao reconstruir a sua auto identidade, torna-se um permanente construtor da sua vida; conduzindo, assim, na utilização de atividades/ações que diminuam a recaída ao TOC, já que, na pós-modernidade, a instabilidade da realidade e o futuro incerto podem desencadear nas pessoas a insegurança e a conseqüente ansiedade.

CAPÍTULO 1 - CONCEITO DE ANSIEDADE: características e fatores genéticos, psicológicos e sociais

Atualmente, tem-se uma grande busca pelo atendimento nas clínicas de saúde, consultórios médicos psiquiátricos e psicoterápicos, de pessoas com ansiedade. Porém, essa condição deve ser melhor analisada, pois a ansiedade é “ uma condição comum, mas multifacetada (CLARK; BECK, 2012, p.15).

Assim, é relevante compreender que a ansiedade está presente sempre na condição humana desde os tempos primórdios, ou seja, ela faz parte do funcionamento do organismo diante de situações adversas no meio ambiente. Porém, “medo, ansiedade e preocupação, entretanto, não são domínio exclusivo de desastre e de outras experiências potencialmente fatais. Na maioria dos casos a ansiedade se desenvolve dentro do contexto das pressões, demandas e estresses flutuantes da vida diária” (CLARK; BECK, 2012, p.16). Pode-se perceber que a ansiedade está presente no nosso dia a dia, mesmo em situações de felicidades, produzindo a condição de ansiedade.

É interessante definir a ansiedade para que haja uma melhor visão do que se pretende estudar. De acordo com Barlow (apud, CLARK; BECK, 2012,p.16), a ansiedade é “uma emoção orientada ao futuro, caracterizada por percepções de incontrabilidade e imprevisibilidade sobre eventos potencialmente aversivos e um desvio rápido na atenção para o foco de eventos potencialmente perigosos ou para a própria resposta afetiva do indivíduo a esses eventos”.

Assim, a ansiedade está relacionada com a alteração da percepção da realidade que conduz a pessoa a imaginar situações no futuro e que não conseguirá ter controle sobre os eventos que poderão acontecer. O pensamento está relacionado com situações aversivas e que impedem a pessoa em perceber o ambiente como um todo, e conseqüentemente acarreta numa visão distorcida da realidade. A pessoa enquanto se mantiver na condição desencadeará a alteração no funcionamento do corpo, acarretando conseqüências psicológicas e físicas.

A ansiedade é a base para vários transtornos mentais, dentre eles: transtornos de ansiedade, estes sendo os principais: Síndrome do Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Estresse Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Distúrbio de Ansiedade Generalizada. Nesse trabalho será especificado o atendimento para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), compreende-se que a ansiedade por ser base dos transtornos da ansiedade. As atividades propostas neste artigo podem ser utilizadas em todos os quadros do transtorno, porém devem ser ajustadas de acordo com a característica de cada transtorno e pessoa.

Para que se possa conhecer melhor o funcionamento os sintomas da ansiedade, segue o quadro elaborado por Clark e Beck (2012, p. 28):

Sintomas Fisiológicos	Sintomas Cognitivos	Sintomas Comportamentais	Sintomas Afetivos
Aumento da frequência cardíaca, palpitações; Falta de ar, respiração rápida; Dor ou pressão no peito; Sensação de sufocação; Tontura, sensação de “cabeça vazia” Sudorese, ondas de calor, calafrios; Náusea, dor de estômago, diarreia; Tremor, agitação; Formigamento ou dormência nos braços, nas pernas; Fraqueza, sem equilíbrio, desmaio; Tensão muscular, rigidez; Boca seca.	Medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar; Medo de ferimento físico ou morte; Medo de “ficar louco”; Medo da avaliação negativa dos outros; Pensamentos, imagens ou recordações aterrorizantes; Percepções de irrealidade ou afastamento; Concentração deficiente, confusão, distração; Estreitamento da atenção, hipervigilância para ameaça; Memória deficiente; Dificuldade de raciocínio, perda de objetividade.	Evitação de sinais ou situações de ameaça; Esquiva, fuga; Busca de segurança, reasseguramento; Inquietação, agitação, movimentos rítmicos; Hiperventilação; Congelamento, imobilidade; Dificuldade para falar	Nervoso, tenso, excitado; Assustado, temeroso, aterrorizado; Irritável, nervoso, inquieto; Impaciente, frustrado

Tabela: Aspectos Comuns da Ansiedade (CLARK; BECK, 2012, p.28).

Além dessas características apontadas pelos autores, pode-se dizer que: “Na ansiedade há um “excesso” amigdaliano, com medos, reações vegetativas, fobias, angústia antecipatória, preocupações excessivas” (FERNANDO; CAIXETA, 2007, p.101).

Dessa forma, a ansiedade altera o funcionamento de áreas específicas do cérebro da pessoa ansiosa; sendo ativado, o sistema cerebral de defesa que funciona de forma desacerbada em situações que não deveriam gerar ansiedade, ou seja, altera o funcionamento neurobiológico.

Segundo Barlow & Durant (2015, p. 127), “[...] as reações emotivas excessivas não têm nenhuma causa simples e unidimensional, mas partem de múltiplas fontes”. Por

consequente, é relevante compreender que a ansiedade e os demais transtornos mentais, são resultantes da contribuição: biológica, psicológica e social.

Sobre as contribuições biológicas para o desenvolvimento do transtorno da ansiedade, “evidências crescentes mostram que nós herdamos uma tendência a sermos tensos, irritados e ansiosos” (BARLOW et al, 2013; CLARK, 2005; EYSENCK, 1967; GRAY & Mc NAUGHTON, 1996 apud BARLOW&DURANT, 2015, p.127).

A questão genética,

[...] as contribuições de um conjunto de genes em várias áreas do cromossomo nos tornam vulneráveis quando os fatores psicológicos e sociais certos estão em vigor. Além disso, uma vulnerabilidade genética não causa ansiedade e/ou pânico diretamente. Ou seja, estresse e outros fatores no ambiente podem ‘ativar’ esses genes, como agimos ao estresse ser particular às famílias (BARLOW & DURANT, 2015, p. 128).

A influência genética se faz presente na intensidade da ansiedade nas pessoas, possibilitando a predisposição da resposta emocional.

Tem-se também,

[...] que a ansiedade é associada a circuitos cerebrais e sistemas neurotransmissores específicos. Por exemplo, níveis reduzidos de ácido gama-aminobutírico (GABA), parte do sistema GABA-benzodiazepina estão relacionados com ansiedade elevada, embora a relação não seja direta. O sistema noradrenérgico também tem sido relacionado à ansiedade (Hermans et al, 2011), e evidências recentes de estudos com animais, bem como de estudos da ansiedade normal em humanos, sugerem que o sistema neurotransmissor serotoninérgico também está envolvido (LESH et al., 1996; Maier, 1997; Stein, Schork & Gelernter, 2007, apud, BARLOW & DURANT, 2015) [...] o papel do fator liberador de corticotrofina (CRF) como central para a expressão da ansiedade (e da depressão) e nos grupos de genes que aumentam a probabilidade de o sistema ser ativado.[...] O sistema de inibição comportamental (SIC) é ativado por sinais de acontecimentos inesperados vindos do tronco encefálico, como mudanças importantes no funcionamento corporal que podem sinalizar perigo. Os sinais de perigo em resposta a algo que vemos e que poderia ser ameaçador descem pelo córtex para o sistema septo-hipocampal. O SIC também recebe um grande estímulo da amígdala (LeDoux, 1996,2002). Quando o SIC está ativado por sinais que surgem do tronco encefálico ou descem do córtex, nossa tendência ‘paralisar, sentir ansiedade e avaliar apreensivamente a situação para confirmar se o perigo está presente (BARLOW & DURANT, 2015, p. 128).

A partir do que foi exposto, nota-se que a ansiedade é decorrente de três sistemas de funcionamento cerebral, estes sendo: sistema GABA-benzodiazepina, CRF e SIC. Os

fatores ambientais podem mudar a sensibilidade desses circuitos cerebrais, tornando uma pessoa mais ou menos suscetível a desenvolver ansiedade e seus transtornos.

A contribuição psicológica,

[...] novas e cumulativas evidências suportam um modelo integrado de ansiedade envolvendo uma variedade de transtornos psicológicos. [...] na infância podemos adquirir a consciência de que os acontecimentos nem sempre estão sob nosso controle [...]. O continuum dessa percepção pode variar da confiança total em nosso controle sobre todos os aspectos da vida à profunda incerteza sobre nós mesmos e sobre nossa capacidade de lidar com eventos futuros. [...] Uma sensação de falta de controle” generalizada pode se desenvolver prematuramente em função da educação e de outros fatores ambientais perturbadores ou traumáticos.

Curiosamente, as ações dos pais no início da infância parecem contribuir em muito para fomentar o senso de controle ou de fuga de controle [...] (BARLOW & DURANT, 2015, p. 129).

No processo de desenvolvimento humano existem as experiências de vida que irão influenciar as pessoas na forma como percebem o seu controle ou não dos fatos da vida. E uma das questões que influencia tal percepção é a forma de criação que os pais oportunizam para os seus filhos.

Quanto as contribuições sociais, de acordo com Barlow & Durant (2015, p. 129):

Acontecimentos estressantes desencadeiam vulnerabilidades psicológicas e biológicas para a ansiedade. Em sua maioria, esses fatos são sociais e interpessoais por natureza – casamento, divórcio, dificuldades no trabalho, pressões para se destacar na escola, morte de um ente querido e assim por diante. Alguns podem ser físicos, como uma lesão ou enfermidade.

As diversas situações estressoras, que envolvem as relações interpessoais e enfermidades, podem desencadear uma série de reações no organismo que irão conduzir num mal-estar físico que, por sua vez, irá acentuar a ansiedade no organismo.

De acordo com Clark & Beck (2012, p.111), a personalidade também é um fator de vulnerabilidade da ansiedade, a personalidade com características neuróticas e afetividade negativa pode conduzir ao transtorno de ansiedade:

Eysenck e Eysenck (1975) descreveram Neuroticismo (N) como uma predisposição a emocionalidade na qual o indivíduo altamente neurótico é

excessivamente emocional, ansioso, preocupado, mal-humorado e tem uma tendência a reagir fortemente a uma variedade de estímulos. [...] Watson e Clark (1984) propuseram uma dimensão de disposição de humor denominada afetividade negativa (NA), NA reflete uma diferença individual difusa em emocionalidade e autoconceito negativos” (p.465), com indivíduos de NA alta tendo maior probabilidade de vivenciar níveis elevados de emoções negativas incluindo sentimentos subjetivos de nervosismo, tensão e preocupação, bem como uma tendência a ter autoestima baixa e a remoer erros, frustrações e ameaças passadas (Watson e Clark, 1984).

Diante do exposto acima, é possível inferir que determinados traços de personalidade tais como: Neuroticismo e afetividade negativa têm predisposição para influenciarem na ansiedade das pessoas.

A partir dos levantamentos realizados neste tópico, é possível compreender que a ansiedade tem causas biológicas, psicológicas, sociais e de personalidade, que também podem funcionar juntas, ou seja, o indivíduo estar numa condição de tripla vulnerabilidade.

A tripla vulnerabilidade, conforme Barlow e Durant (2015, p.130), reúne os fatores de forma integrada, ou seja,

A primeira vulnerabilidade (ou diátese) é a vulnerabilidade biológica generalizada. Podemos ver que a tendência de ser tenso ou hipersensível pode ser herdada. Mas uma vulnerabilidade biológica generalizada para desenvolver a ansiedade não é suficiente para produzi-la. A segunda vulnerabilidade é a vulnerabilidade psicológica generalizada. O seja, você também pode crescer acreditando que o mundo é perigoso e está fora de seu controle, podendo não ser capaz de enfrentar quando as coisas saem erradas com base em suas experiências primárias. [...] A terceira é a vulnerabilidade psicológica específica, em que se aprende com as experiências precoces, como as ensinadas pelos pais, que algumas situações ou objetos são perigosas (mesmo se, de fato, não forem).

Assim, os três fatores de vulnerabilidade estão interligados e, a partir de uma situação gatilho, é possível desencadear uma reação que por sua vez irá influenciar aos demais fatores.

A ansiedade é resultante de importantes interferências na pessoa e que possui como consequências alterações neuroquímicas e fisiológicas. Dessa forma, a intervenção psicológica deve compreender a intervenção nas várias alterações; portanto, muitas

vezes, o acompanhamento psiquiátrico se faz importante, devido a utilização dos medicamentos.

CAPÍTULO 2 - DSM V e os TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Sobre o transtorno de ansiedade, é importante registrar que “ as altas taxas de comorbidade para transtornos de ansiedade e transtornos relacionados (e depressão) enfatizam o fato de que todos esses transtornos partilham características comuns de ansiedade e pânico” (BARLOW & DURANT, 2015, p.130).

A ansiedade nos seus diversos transtornos específicos frequentemente concorre, ou seja, os vários quadros dos transtornos de ansiedade apresentam sintomas semelhantes. Além disso, “partilham da mesma vulnerabilidades³ – biológicas e psicológicas – de desenvolver ansiedade e pânico”(BARLOW & DURANT, 2015,p. 130). Significando a necessidade de integrar várias intervenções semelhantes nos quadros de transtorno de ansiedade.

A compreensão da comorbidade nos transtornos de ansiedade auxilia o profissional na área da saúde, psicólogo, de perceber que

[...] os transtornos de ansiedade têm maior probabilidade de ocorrer junto com alguns transtornos do que com outros. Grande parte da pesquisa sobre comorbidade tem se focalizado na relação entre ansiedade e depressão. Aproximadamente 55% dos pacientes com um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo terão pelo menos um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo adicional, e essa taxa salta para 76% quando se considera diagnóstico durante a vida (BROWN; BARLOW, apud, CLARK; BECK, 2012, p.21).

O conhecimento da comorbidade da ansiedade

[...]tem importantes implicações clínicas para o tratamento de todos os transtornos psicológicos. Depressão clínica comórbida com um transtorno de ansiedade está associada a um curso mais persistente do transtorno, maior gravidade do sintoma e maior prejuízo ou incapacidade funcional. [...]. Além disso, transtornos de ansiedade com uma depressão comórbida apresentam uma resposta de tratamento mais insatisfatória, taxas de recaída e

³ Conceito de vulnerabilidade: “ [...] é um fator de risco que tem condição causal com o transtorno em questão. Vulnerabilidade pode ser definida como uma característica endógena, estável, que permanece latente até ser ativada por um evento precipitante ” (CLARK & BECK ,2012,p.110).

recorrência mais altas e utilização de serviços do que casos de ansiedade pura” (CLARK; BECK, 2012, p. 21).

Portanto, conhecer sobre a comorbidade no transtorno de ansiedade permite delinear a estrutura do atendimento dos casos atendidos, bem como, na escolha das estratégias pertinentes a cada pessoa atendida.

De acordo com Clark & Beck (2012, p. 17), a ansiedade

[...] é um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontrolláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo.

Neste conceito, pode-se subentender que medo e ansiedade estão inseridos no quadro de ansiedade. Porém, é necessário que seja feita a diferenciação entre esses dois conceitos. De acordo com os autores, a ansiedade é uma resposta emocional provocada por medo. Portanto, medo “é a avaliação de perigo; ansiedade é o estado de sentimento desagradável evocado quando o medo é estimulado” (BECK, apud CKARK; BECK, 2012, p.17).

A ansiedade para ser considerada anormal ela deve preencher os cinco critérios para diferenciar estados anormais de medo e ansiedade, de acordo com Clark & Beck (2012, p.18):

Cognição disfuncional: medo e ansiedade anormais derivam de uma falsa suposição envolvendo uma avaliação errônea de perigo de uma situação que não é confirmada por observação direta. **Funcionamento prejudicado:** a ansiedade clínica interferirá diretamente no enfrentamento efetivo e adaptativo em face de uma ameaça percebida e, de modo mais geral, no funcionamento social e ocupacional diário do indivíduo. **Manutenção:** em condições clínicas a ansiedade persiste muito mais tempo do que esperado sob condições normais. **Alarmes falsos:** encontramos frequentemente a ocorrência de alarmes falsos, que Barlow (2002, p.220) define como “medo ou pânico acentuado [que] ocorre na ausência de qualquer estímulo ameaçador da vida, aprendido ou não”. [...]. A presença de ataques de pânico ou medo intenso na ausência de sinais de ameaça ou ao menor estímulo de ameaça sugeriria um estado clínico. **Hipersensibilidade a estímulo.** Em situações clínicas o medo é evocado por uma variedade mais ampla de estímulos ou situações de intensidade relativamente leve de ameaça que seriam percebidos como inócuos ao indivíduo não temeroso (Grifo nosso).

Os critérios acima descritos permitem ao profissional diferenciar a ansiedade e o medo normal do anormal (clínico). Com base nessa informação é possível iniciar o processo de intervenção nos quadros clínicos da ansiedade.

A ansiedade e o medo fazem parte do dia a dia das pessoas, porém quando assumem proporções clínicas é o momento da atuação do profissional, que irá buscar as melhores estratégias objetivando melhor efeito na redução.

Dentre os transtornos da ansiedade, encontra-se o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) definido no DSM V (2014, p. 235):

[...] é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.[...] Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, certas, dimensões dos sintomas são comuns no TOC, incluindo as de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões de repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (p.ex., obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas); e ferimentos (p.ex. Medo de ferir a si mesmo ou aos outros e compulsões de verificação relacionadas). O especificador de TOC relacionado a tique é usado quando um indivíduo tem um transtorno de tique atual ou uma história passada.

Para realizar o diagnóstico do TOC é necessário conhecer os critérios diagnósticos de acordo com o DSM – V que são os seguintes:

A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:

Obsessões são definidas por (1) e (2):

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

As compulsões são definidas por (1) e (2):

1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex. orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

Nota: Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.

B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [*skin-picking*]; estereotípias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafilicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; ruminações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).

Especificar se:

Com insight bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitivas ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

Com insight pobre: O indivíduo acredita que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.

Especificar se:

Relacionado a tique: O indivíduo tem história atual ou passada de um transtorno de tique (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.237).

As pessoas para serem diagnosticadas como tendo TOC devem apresentar os sintomas acima citados. Além disso, neste transtorno é possível haver outra psicopatologia; portanto, o TOC pode apresentar comorbidade. Também é comum em indivíduos com TOC, apresentar personalidade obsessivo-compulsiva comórbida.

Outras psicopatologias que podem surgir são: tiques transtornos dismórfico corporal, a tricotilomania e o transtorno de escoriação (*skin-picking*) e alguns transtornos caracterizados por impulsividade, como o transtorno de oposição desafiante. Tem-se ainda, a nos transtornos esquizoafetivo, transtornos alimentares, transtorno bipolar e Tourette.

Quanto a prevalência,

A prevalência de 12 meses, do TOC nos estados Unidos é de 1,2%, com uma prevalência similar internacionalmente (1,1 a 1,8%). O sexo feminino é afetado em uma taxa um pouco mais alta do que o masculino na idade adulta, embora este seja mais comumente afetado na infância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.239).

Sobre os fatores de risco e prognóstico o DSM V (2014), relata que os riscos temperamentais estão relacionados com afetividade negativa mais alta e inibição do comportamento na infância. Os ambientais foram associados ao abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos. Além destes, podem estar associados também a vários agentes infecciosos e uma síndrome autoimune pós-infecciosa.

CAPÍTULO 3 - TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: histórico e fundamentação teórica

A terapia cognitiva comportamental teve suas raízes a partir da década de 60 com os questionamentos realizados por Aaron Beck, sobre os resultados obtidos junto aos pacientes com depressão. O tratamento era feito na abordagem psicanalítica. Porém,

Aaron Beck, a partir da observação de pacientes deprimidos, constatou que tinham em comum distorções sistemáticas de pensamentos. O modelo cognitivo parte da premissa de que os pensamentos negativos distorcidos exercem influência negativa sobre o comportamento e emoção (MARINHO & PORTELA, s/d, p.9).

Os questionamentos realizados por Beck, conduziram na sua revisão sobre os procedimentos utilizados nos tratamentos da depressão, que o levou a considerar outras abordagens que pudessem auxiliar na melhoria dos resultados nos tratamentos.

Dessa forma, a TCC compartilha técnicas comuns a outras abordagens

[...] como, por exemplo, a modificação cognitivo-comportamental (MEICHENBAUM, 1977), a terapia de aceitação e compromisso (HAYES et. al, 2004), a terapia comportamental dialética (LINEHAN, 1993), a terapia da exposição (FOA; ROTHBAUM, 1998), a terapia do processamento cognitivo (RESICK; SCHNICKE, 1993), dentre outras (MARINHO & PORTELA, s/d, p.15).

A terapia cognitiva comportamental possui, como suporte teórico, várias abordagens, o que lhe permite ter uma maior flexibilidade de atuação do que a comportamental e a psicanálise.

Segundo Marinho & Portela (s/d,p.14):

A TCC tem como princípio básico a proposição de que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim suas cognições ou interpretações a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar informação.

Assim, as estratégias utilizadas pela TCC têm como base teórica o conceito de cognição e emoção, que conduzem ao entendimento dos comportamentos das pessoas em determinadas situações nas quais não conseguem obter resolução para os seus problemas e/ou o entendimento da sua realidade.

Com base nesses entendimentos, é possível elaborar uma série de estratégias que permitam a compreensão do que está acontecendo e suas possíveis resoluções. Segundo Oliveira et al (2009, p. S638),

Nesse sentido, a terapia cognitiva de Aaron Beck se constitui como um sistema especializado de conhecimento que oferece recursos para a reconstrução da identidade, de forma a superar conflitos típicos de um contexto de instabilidade da alta modernidade.

Por conseguinte, a alteração do paciente está na reorganização das suas crenças centrais e, ao mesmo tempo, proporcionar ferramentas para conviver numa realidade instável da alta modernidade⁴.

A TCC é uma abordagem que se baseia em dois princípios centrais que permitem formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta, os princípios são:

1. Nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e

⁴ Segundo Oliveira et al (2009, p.S638) “ A alta modernidade é compreendida por Giddens (1990/1991) como resultante da maximização do exercício dos postulados da modernidade, como consequência radicalizada, globalizada e não programada da modernidade”.

2. O modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p.15).

Os princípios acima citados norteiam todo o processo de atendimento da abordagem, além desses dois princípios

[...]os terapeutas cognitivo-comportamentais também reconhecem que há interações complexas entre processos biológicos (por ex., genética, funcionamento de neurotransmissores, estrutura cerebral e sistemas neuroendócrinos), influências ambientais e interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais na gênese e no tratamento de transtornos psiquiátricos. O modelo da TCC pressupõe que as mudanças cognitivas e comportamentais são moduladas por meio de processos biológicos e que as medicações psicotrópicas e outros tratamentos biológicos influenciam as cognições (Wright et al, apud).

A terapia cognitiva comportamental considera os aspectos biológico, ambiental e as relações interpessoais como elementos que participam da gênese e no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

Além da visão sobre as questões relacionadas com tais aspectos, as estratégias utilizadas pela teoria tem resultados positivos quando se faz a combinação TCC e medicamentos, “ o tratamento combinado de TCC e medicação pode melhorar a eficácia, especialmente para quadros mais graves, como depressão crônica ou resistente ao tratamento, esquizofrenia e transtorno bipolar” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p.18).

Portanto, a TCC é a abordagem que possui uma base segura teórica que permite aos terapeutas uma sustentação para a obtenção de um bom trabalho junto aos pacientes, quer sejam psiquiátricos ou não, bem como, nos casos em que são utilizados medicamentos psiquiátricos.

Os conceitos básicos utilizados pela abordagem de acordo com Wright et al (2008 p.19-23) são:

Níveis de Processamento Cognitivo:
Pensamentos automáticos: são os pensamentos que fazem parte do fluxo de processamento cognitivo que se encontra logo abaixo da superfície da mente totalmente consciente. (Pré-consciente)

Erros Cognitivos: são os equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições de pessoas com transtornos emocionais.

Esquemas: definidos como matrizes ou regras fundamentais para o processamento de informações que estão abaixo da camada mais superficial dos pensamentos automáticos.

Segundo D. A. Clark (apud WRIGHT et al 2008, p.21-23), existem três grupos principais de esquemas:

Esquemas simples: são regras sobre a natureza física do ambiente, gerenciamento prático das atividades cotidianas ou leis da natureza que pode ter pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia.

Crenças e pressupostos intermediários: regras condicionais como afirmações do tipo e, então, que influenciam a autoestima e a regulação emocional.

Crenças nucleares sobre si mesmo: regras globais e absolutas para interpretar as informações ambientais relativas à autoestima.

A partir desses conceitos o terapeuta cognitivo comportamental irá elaborar o seu plano de atendimento com o objetivo de promover no paciente a identificação e conscientização dos esquemas adaptativos.

O trabalho do terapeuta será de ter esses conceitos norteadores para a realização dos trabalhos, porém, antes de aplicar as estratégias o profissional deverá formar de maneira compartilhada, com o paciente, a elaboração da conceitualização do caso, segundo Wright et al (2008, p. 26), “[...] é necessário que antes de aplicar as técnicas é preciso desenvolver a conceitualização”⁵. A conceitualização irá possibilitar a construção de um plano de atendimento para o paciente. A elaboração desse plano será realizada junto com o paciente, pois, neste modelo terapêutico, as ações são partilhadas entre terapeuta e a pessoa que está recebendo os atendimentos.

Para que haja uma visão geral dos métodos de terapia cognitivo comportamental, é necessário conhecer aspectos básicos, segundo Wright et al (2012, p. 26), foram escolhidos três desses aspectos devido a sua importância no processo de psicoterapia da TCC:

⁵ Conceitualização de caso: conforme Andreatta et al (2012, p. 177), “ é um mapa de orientação para o trabalho com o paciente, com os aspectos considerados importantes pelo terapeuta em relação ao paciente e na determinação da rota e das metas da terapia. ”

Duração e foco da terapia: é uma terapia voltada para o problema geralmente aplicada em um formato de curto prazo. O tempo de duração das sessões são de 45 a 50 minutos. É enfatizada uma abordagem voltada para o problema porque a atenção às questões atuais ajuda a estimular o desenvolvimento de planos de ação para combater sintomas como desesperança, desamparo, evitação e procrastinação.

Relação Terapêutica: [...] os terapeutas da tcc também devem ter a capacidade de gerar confiança e demonstrar serenidade quando sob pressão. Beck e colaboradores (1979) utilizam o termo empirismo colaborativo para descrever a relação terapêutica na tcc.[...] Os terapeutas cognitivo-comportamentais são normalmente mais ativos do que os terapeutas de outras formas de terapia.

Estruturação e psicoeducação: A TCC utiliza métodos de estruturação, como o estabelecimento de agenda e feedback, para maximizar a eficiência das sessões de tratamento, ajudar os pacientes a organizar seus esforços em direção à recuperação e intensificar o aprendizado.

Durante a sessão, o terapeuta orienta o paciente no uso da agenda para explorar produtivamente tópicos importantes e tenta evitar digressões que têm pouca chance de ajudar a atingir os objetivos do tratamento (Grifo nosso).

Com base no autor, segue um pouco da visão do funcionamento da psicoterapia cognitiva comportamental. O trabalho do terapeuta está direcionado para ser realizado num processo de empirismo colaborativo, no qual o paciente deve ter participação efetiva na condução de seu atendimento.

A TCC está voltada para criar estratégias nas quais os pacientes tenham condições de fazer o seu automonitoramento e manter a qualidade de vida e, também, reconhecer os sinais de recaídas ou crises. No caso do reconhecimento, procurar auxílio junto ao médico psiquiatra e buscar a terapia com o objetivo de superar as crises.

3.1 Estratégias Comportamentais e Cognitivo Comportamentais do TOC

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem como base a ansiedade que, diante do seu agravamento, direciona a pessoa a esse quadro, que gera desconforto pelo tempo que toma ou “ [...] pelo que levam o paciente a executar ou a evitar, comprometem as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais (DSM-IV apud, KNAPP, 2004, p.193).

A pessoa com o transtorno tem a sua vida alterada a medida que os sintomas começam a produzir limitações no cotidiano, desde a dificuldade em trocar de roupa até a vontade de morrer. O que traz o sofrimento psicológico e o mal-estar físico. O

desgaste emocional acarreta as dificuldades na manutenção das relações afetivas, conseqüentemente isolando a pessoa do convívio social, profissional e familiar.

A alteração na vida da pessoa com TOC deve-se a sua causa “ O TOC é um transtorno heterogêneo, geralmente crônico, causas podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial, constituindo prováveis subtipos no que se refere à etiologia, apresentação clínica, curso, prognóstico e resposta a tratamentos” (KNAPP, 2004, p.193).

Dessa forma, é necessário que a pessoa com TOC procure ajuda médica psiquiátrica e acompanhamento psicológico para estar recebendo o atendimento adequado ao seu quadro.

A abordagem cognitiva comportamental tem mostrado resultados positivos nos atendimentos com pacientes com TOC. Os materiais disponíveis na atualidade trazem informações com base científica e que permitem aos profissionais a utilização de estratégias voltadas para o atendimento do paciente quanto para a sua família.

De acordo com Knapp (2004, p.193):

[...] nestas três últimas décadas foram desenvolvidos métodos de tratamento que conseguem reduzir os sintomas em mais de 70% dos casos: o uso de inibidores seletivos da receptação de serotonina, a clomipramina, e a terapia comportamental de exposição e prevenção da resposta (EPR). Com os medicamentos, o usual é uma redução entre 20 a 60% dos sintomas, 40% em média. Entretanto, a remissão completa é rara – ao redor de 20% (The Clomipramine Colaborative Study Group, 1991; Pigott e Seay, 2000). São comuns as recaídas após a interrupção, e a intolerância aos efeitos adversos é uma causa frequente de abandono (Pato, Zohar, Zohar, 1988, Pigott e Seay, 2000).

Com base nessas informações é possível apreender que o atendimento do transtorno gera bons resultados, porém deve ser observado a intensidade do quadro, causas, aderência do paciente e a sua família a terapia, além da qualidade dos suportes profissionais.

3.2 A Terapia Cognitivo-Comportamental Descrição da Técnica utilizada no Atendimento do Paciente com TOC

Na terapia cognitiva comportamental, existem materiais que permitem ao terapeuta realizar bons atendimentos a partir das informações disponibilizadas. A seguir serão expostas as principais estratégias utilizadas nos casos de TOC.

De acordo com Knapp (2004, p.196) a TCC no TOC segue as seguintes etapas:

- Avaliação do paciente e indicação do tratamento;
- Motivação do paciente, informações psicoeducativas e estabelecimento da relação terapêutica;
- Treinamento na identificação dos sintomas;
- Listagem e hierarquização dos sintomas pelo grau de aflição associada;
- Sessões da terapia;
- Técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta;
- Modelação;
- Estratégias especiais para o tratamento de obsessões;
- Técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais;
- Prevenção de recaída, alta e terapia de manutenção.

Considerando essas etapas, será feita uma pequena explanação sobre elas.

Avaliação do paciente e indicação da TCC: A avaliação do paciente é realizada por meio de entrevista semi-estruturada a qual tem objetivo identificar os sintomas obsessivos-compulsivos e as manifestações do TOC.

Além disso, deve contemplar as seguintes informações: história psiquiátrica, com o levantamento de dados para esclarecer o seu início, se foi precoce ou tardio, se estão associadas a problemas de doença física ou agente estressor importante; acentuadas por conflitos familiares ou de outra natureza; grau de incapacitação; se existem outros familiares com o mesmo problema.

Podem ser utilizados juntamente com a entrevista os instrumentos: MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), SCID (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM) para o levantamento de comorbidade, e as escalas. Y-BOCS (Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos), NIH-OC (Escala Obsessivo-Compulsiva Global do Instituto Nacional de Saúde Mental) e CGI (Escala de Impressão Clínica Global) para avaliar a gravidade dos sintomas.

Informações psicoeducativas, motivação do paciente para o tratamento e estabelecimento da relação terapêutica: A entrevista inicial tem também como objetivo motivar o paciente, avaliar a sua capacidade para tolerar ansiedade e assegurar a sua efetiva adesão ao tratamento.

De acordo com Knapp (2004,p.198):

Os primeiros contatos são cruciais para o estabelecimento de um bom vínculo com o terapeuta e da chamada aliança de trabalho. Embora dependa muito de aspectos pessoais do próprio paciente (transferência), o estabelecimento do vínculo depende também da pessoa do terapeuta, sua capacidade de empatia, cordialidade, calor humano, interesse genuíno em ajudar e facilidade de se relacionar. É indispensável que o paciente sinta confiança na competência profissional do terapeuta para aceitar uma proposta que implique, eventualmente, um aumento imediato de sua aflição e sofrimento.

A entrevista inicial é um momento no qual o terapeuta levanta as condições do paciente para participar do processo terapêutico e também, criar a relação terapêutica. Essa relação, entre terapeuta e paciente, é fundamental para a continuidade dos atendimentos e a aderência ao tratamento.

Para a participação do paciente no processo psicoterapêutico é essencial que seja levantada a disponibilidade para a frequência, tempo para a realização das atividades e principalmente, a disposição da família em participar no acompanhamento do tratamento. A psicoeducação, também é necessário repassar informações do transtorno e das atividades necessárias que o paciente deverá realizar em casa; além do que, deverão manter o monitoramento dos comportamentos do familiar em atendimento.

Os conteúdos sugeridos por Knapp (2004) para serem repassados aos familiares e pacientes são: O que é o TOC; familiarização com o modelo cognitivo comportamental, como a terapia cognitivo-comportamental pode provocar a redução dos sintomas; como são as sessões da TCC; criar expectativas de mudanças.

Ao final da entrevista, é essencial que o paciente coloque de forma clara a sua decisão ou não de realizar o tratamento.

Identificação dos sintomas e elaboração da lista hierárquica: A partir do momento em que o paciente inicia a sua terapia, o segundo passo é dar condições para que o paciente reconheça obsessões, compulsões ou rituais, compulsões mentais e comportamentos associados ao TOC. Após esse reconhecimento, o paciente deverá elaborar uma lista (completa) das suas obsessões, rituais, compulsões mentais e evitações. A lista poderá ser preenchida no atendimento ou levar para casa.

Conforme Knapp (2004,p. 199),

A lista é útil para definir os primeiros exercícios de EPR, ou para analisar o grau de dificuldade e, assim, fazer a escolha, iniciando pelos exercícios que o paciente considera mais fáceis de realizar e nos quais acredita ter maiores chances de sucesso. Também pode-se propor que se inicie pelo sintoma que mais causa transtorno para si ou seus familiares e cuja eliminação representaria um grande alívio para todos.

A lista de sintomas do TOC auxilia o paciente ter consciência dos comportamentos, pensamentos que estão sendo apresentados pelo transtorno e a intensidade deles, pois irá facilitar na escolha para realizar os treinos.

As sessões da terapia: As sessões devem seguir uma estruturação a qual possa conduzir o processo terapêutico na forma colaborativa e focada nos problemas e sintomas. Isso envolverá “demonstrações, exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de automonitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta” (Knapp,2004,p.200).

A estrutura da sessão, segundo o autor (2004,p.200) apresenta os seguintes passos:

[...] inicia-se com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se a revisão das tarefas de casa, com a utilização dos registros para esta finalidade, a discussão das dificuldades em sua realização, exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, finalizando com o estabelecimento e a discussão das metas e dos exercícios para a semana seguinte e a avaliação da sessão.

Sobre a sessão, o terapeuta deve ter essa sequência para organizar e sistematizar o atendimento, porém, a velocidade das orientações deve estar de acordo com a capacidade do paciente em compreender e realizar as atividades pedidas; é possível que ao longo do tratamento haja recaídas ou lapsos, portanto, reorganiza-se a pauta

das sessões. Nesse momento, a empatia do terapeuta para com o seu paciente é importante, pois normalmente a pessoa em atendimento e a sua família tem uma quebra na expectativa e motivação para seguir as atividades e atendimentos.

Quanto ao processo, esse deverá adequar-se à intensidade do transtorno e característica do paciente, portanto não existe um tempo pré-determinado para a finalização do atendimento.

Porém, sabe-se que o tratamento em geral é breve, e à medida que os sintomas vão diminuindo em intensidade e frequência, aumenta-se o tempo de intervalo entre os atendimentos. São sugeridas sessões periódicas de reforço, durante algum tempo, após o término do tratamento.

Técnicas Comportamentais: No atendimento do TOC, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta são consideradas cruciais. Além dessas técnicas são utilizadas a modelação, técnicas de automonitoramento, uso de registros, diários, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (questionamento socrático, explicações alternativas, experimentos comportamentais, lembretes, meditação, respiração, etc)

Abaixo segue de forma breve a descrição das intervenções mais comuns, segundo Knapp (2004,p.200-201):

Exposição:

é o contato direto e prolongado com situações, lugares ou objetos que o paciente evita em função de suas obsessões. Provoca um aumento da ansiedade, a qual desaparece espontaneamente num período entre quinze minutos e três horas (habituação) (Roper, Rachman, Hogdson, 1973). Exposição também pode ser feita a obsessões ou a pensamentos "ruins" ou "horribéis.

Prevenção:

É a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais ou da adoção de comportamentos de rituais ou da adoção de comportamentos evitativos, sejam eles manifestos ou encobertos (rituais mentais), ou de quaisquer outras manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos associados às obsessões.[...] A evitação da resposta provoca um incremento inicial da ansiedade, que desaparece espontaneamente com o passar do tempo, reduzindo a intensidade do impulso a realizar rituais e, conseqüentemente, sua frequência (Rachman, de Silva, Roper, 1976).

Modelação:

É a realização, pelo terapeuta, de exercícios de demonstração de ERP diante do paciente. Sabe-se que a simples observação de outras pessoas executando tarefas consideradas de risco é uma forma de reduzir ou desaparecer medos. Sabe-se também que a aflição é menor quando a exposição é realizada na presença de outra pessoa (Rachman e de Silva, 1978). [...] os exercícios servem para ilustrar de forma didática o fenômeno da habituação, pois, em geral, a ansiedade, intensa no início, desaparece rapidamente ainda no decorrer da sessão.

Estratégias especiais para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio ou inaceitáveis: Segundo Knapp (2004,p. 201), pacientes que apresentam tais pensamentos são orientados no sentido de:

- não fazer nenhum esforço para afastar os pensamentos da mente;
- em nenhuma hipótese, executar rituais manifestos ou encobertos (rituais mentais) destinados a neutralizá-los (repetir frases, rezar, fazer contagens);
- evocar intencionalmente os referidos pensamentos e mantê-los na consciência durante o tempo necessário para que a aflição desapareça;
- procurar não dar importância a tais intrusões, usando lembretes do tipo 'isto é apenas um pensamento!' ou 'não é cometer!';
- reduzir a hipervigilância, procurando realizar tarefas que distraiam a mente.

Técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais: As técnicas cognitivas são aplicadas após a redução dos comportamentos do TOC. Assim, passa-se o paciente para o treino na identificação dos pensamentos automáticos catastróficos ou negativos que acompanham as obsessões e de crenças subjacentes aos sintomas, para a sua posterior correção.

Knapp (2004,p.203-204) sugere algumas estratégias para o treino nessa etapa, sendo essas:

Identificação de pensamentos automáticos e crenças distorcidas: o treino pode ser feito no consultório, e prescritos para serem utilizados em casa. [...] Algumas perguntas auxiliam:

- Que pensamentos passaram pela sua cabeça na ocasião?
- Que tipo de emoção (medo, aflição, culpa ou depressão) você sentiu?
- [...].

Corrigindo crenças distorcidas: o questionamento socrático: A estratégia central para a modificação de crenças distorcidas é o seu questionamento. {...} O questionamento socrático deve ser feito com os pensamentos automáticos e as crenças distorcidas identificadas. É interessante e didático associar certas crenças específicas. ao domínio geral ao qual pertencem: supervalorizar o risco e a responsabilidade, o poder do pensamento, etc..[...].

As técnicas descritas devem ser complementadas com outras, porém sempre deve ser respeitada a característica do paciente, pois nem sempre uma estratégia que dá certo em uma pessoa tem resultado positivo em outra. Assim, o terapeuta, deve ir adequando as estratégias que possam ter maiores resultados para cada paciente.

Alta, acompanhamento e prevenção de recaídas: Quando há redução da frequência e intensidade da maioria dos sintomas e o paciente consegue realizar de forma adequada o automonitoramento e é capaz de fazer os ajustes necessários para a reorganização da crença central, crenças intermediárias e os pensamentos automáticos o terapeuta deve propor a o espaçamento entre as sessões e, após a alta.

Porém, como o TOC

[...] é um transtorno crônico sujeito a recaídas ao final da terapia é conveniente dedicar algum tempo ao desenvolvimento de habilidades para preveni-las. São comuns os lapsos, ou seja, episódios isolados de realização de rituais ou evitações, de curta duração e que ocorrem por distração, descuido ou falha nas estratégias de autocontrole. [...] Assim, é preciso lembrar ao paciente que pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase de mudança e especialmente quando os rituais constituíam hábitos.

Dessa forma, é importante que o terapeuta nessa etapa do tratamento esteja atuando na revisão das estratégias e acompanhando junto ao psiquiatra a necessidade ou não na continuidade dos medicamentos. Nos casos do transtorno do TOC é importante que haja a integração dos atendimentos profissionais para que se dê um bom suporte para a família e o paciente, pois precisam ter segurança para manutenção dos cuidados e a realização de atividades que possam manter o paciente seguro sobre a sua melhora e manter sempre a vigilância nos sintomas.

São sugeridas algumas estratégias para a prevenção de recaídas, Knapp (2004,p. 206):

- 1) Identificar, juntamente com o paciente, as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente,objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais ou para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: a hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, a chegada em casa para os que têm obsessões por contaminação.
- 2) Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento para lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:

- Vigilância: estar sempre atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais a que estava habituado em situações de risco.
- Planejar com antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma (“Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa, durante 15 minutos”)[...].

Nas últimas sessões do tratamento devem ser focadas as estratégias de manutenção para que os pacientes consigam ter um bom domínio destas. Além dessas estratégias, deve-se mostrar a necessidade da boa qualidade de vida para que não haja a intensificação na ansiedade, porque essa é um dos gatilhos que disparam os comportamentos e pensamentos no TOC.

Ao longo dos atendimentos, o profissional pode inserir informações sobre atividades que reduzam a ansiedade, tais como: horário de dormir, alimentação saudável, realização de atividade física, meditação, yoga. Ou seja, que se tenha uma boa qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivo conhecer as estratégias mais indicadas para se utilizar com pacientes/clientes com TOC. A partir do referencial teórico construído, foi possível identificar quais as principais estratégias que são a exposição e prevenção da resposta continuam sendo consideradas intervenções cruciais. Além dessas, podem ser aplicadas: modelação, técnicas cognitivas de correção de crenças disfuncionais, técnicas para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio ou inaceitável, identificação de pensamentos automáticos e crenças distorcidas, questionamento socrático e estratégias de prevenção de recaída.

A utilização das estratégias deve ser adequada de acordo com a etapa no qual o atendimento está e também, a característica da pessoa atendida, bem como, na aderência do paciente e da família junto ao atendimento.

Para que o terapeuta tenha bons resultados é importante que apresente um plano de atendimento (conceituação cognitiva) flexível e tenha desenvolvido uma boa relação terapêutica com o paciente e a sua família.

O transtorno obsessivo-compulsivo tem como uma das suas bases a ansiedade, e para que se possa reduzir o aumento dela é importante que o terapeuta oriente o paciente a ter bons hábitos de qualidade de vida, tais como: atividade física, meditação, alimentação saudável. Além disso, o atendimento psicoterápico deve ser realizado junto com o psiquiatra para ser acompanhada a utilização dos medicamentos.

A partir da pesquisa bibliográfica realizada, arrolou-se importantes conhecimentos para a redução do TOC e na evitação da recaída. O tratamento não tem um tempo específico de duração, mas é importante que as sessões tenham uma estrutura voltada para as necessidades do paciente e da família.

A família deve estar acompanhando o tratamento para fornecer suporte para o paciente e também, realizar a supervisão das atividades feitas pelo paciente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREATA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da S. **Manual Prático de Terapia Cognitivo Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 2ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva para Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CORDIOLI, Aristides V. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FERNANDO, Cesar; CAIXETA, Marcelo. **Neuropsicologia e Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GIL, Antônio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

KNAPP, Paulo et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARINHO, Amanda; PORTELA, Daniel. **Histórico e Fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Apostila da Disciplina Histórico e Fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental no Curso de Pós-Graduação em Terapia Cognitivo Comportamental. Brasília, DF. s/d.

OLIVEIRA, Cláudio Ivan.et al. **Terapia Cognitiva de Aaron Beck como Reflexividade na Alta Modernidade**: Uma Sociologia do Conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Out-Dez 2009, Vol. 25 n. 4, p. 637-645. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722009000400020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2018.

WRIGHT, Jesse; BASCO, Monica R.;THASE, Michel. **Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2006.