UM OLHAR MENTE E CÉREBRO E O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Alessandra Tozatto
Graduanda do curso de Psicologia no Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. E-mail: aletozatto@gmail.com

Mariana Fernandes Ramos dos Santos
Professora do Centro Universitário São José de Itaperuna(UNIFSJ), em Itaperuna/RJ. Psicóloga. Neuropsicóloga. Terapeuta Cognitivo Comportamental. Especialista em Saúde Mental. Pós graduada em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental. Pós graduanda em Reabilitação Neuropsicológica. Mestranda em Psicologia. E-mail: marineuropsi@hotmail.com - Orientadora

RESUMO: O Transtorno Obsessivo Compulsivo é um transtorno mental grave que causa muito sofrimento à vida do indivíduo, afetando de forma intensa sua vida e de sua família. Pode ser comparado, em gravidade e em anos de incapacitação, a transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar. Pode se manifestar de diversos modos e algumas vezes os sintomas não são explícitos, mas predominantemente mentais o que pode confundir o paciente e dificultar o diagnóstico pelos profissionais. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica no que se refere aos aspectos psicológicos e neurobiológicos do Transtorno. Concluímos que é preciso entender o Transtorno Obsessivo Compulsivo, conhecer suas possíveis causas neurobiológicas e as possibilidades de tratamento na busca de combater a incapacitação e o sofrimento que a doença pode causar.

Palavras-chave: Obsessões. Diagnóstico. Tratamento. Manias. Compulsões.

Introdução

O Transtorno Obsessivo Compulsivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes e severas que causam sofrimento e prejuízo objetivo à vida do indivíduo.

As obsessões são pensamentos involuntários, que persistem de forma incontrolada na consciência e seu conteúdo geralmente é irracional ou sem sentido. Um exemplo é achar que se contaminará por germes ao tocar numa pessoa. Podem ser associadas ou não a rituais compulsivos, que são atitudes destinadas a neutralizar tais obsessões de forma compensatória.

Compulsões são comportamentos conscientes repetidos e compensatórios, que a pessoa executa a fim de reduzir ansiedade causada por uma obsessão (o ato de lavar as mãos repetidas vezes para se livrar dos germes).

As obsessões de contaminação e agressão, assim como as compulsões de limpeza e verificação, têm se mostrado como sintomas universais do TOC, independentes de diferenças geográficas, históricas, étnicas, culturais e econômicas. Segundo o ECA (Epidemiological Catchment Area Study, 2006), o TOC é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum nos EUA, sendo superado apenas pelas fobias, dependência de drogas e pela depressão.

O Transtorno tem sido veiculado na mídia de forma que o torna algo comum e até mesmo engraçado, entretanto traz muito sofrimento para quem convive com o problema. Vários personagens famosos, como Sheldon Cooper da série "*The Big BangTheory*" e Mônica de "*Friends*" fazem com que o nome e os sintomas sejam conhecidos do grande público, pois ambos apresentam sintomas que sugerem o Transtorno Obsessivo Compulsivo. Porém, apesar de se tornar conhecido, muitas pessoas ainda sofrem com a falta de tratamento adequado por achar que não é sério ou mesmo banalizar o problema, pois muitas vezes o próprio paciente relata que esses pensamentos são bobos e sem importância, no entanto, na maioria dos casos não conseguem controlá-lo consequenciando em um ato de prejuízo em seu cotidiano, associado a uma angústia significativa.

Por este motivo é preciso entender o TOC, conhecer suas possíveis causas neurobiológicas e as possibilidades de tratamento na busca de combater a incapacitação e a dor que a doença pode causar.

Utiliza-se a revisão de literatura como metodologia e pesquisa baseada em artigos e em obras de autores como Albina Torres, Roseli G. Shavitt e Eurípedes C. Miguel (2013), Aristides Volpato Cordioli (2008 e 2014), Judith L. Rapoport (1990), Gail Steketee e Teresa Pigott (2009) e Ana Beatriz Barbosa Silva (2011).

1- Definindo o Transtorno

> *"Há um cartaz na parede mas ela quer ter certeza. Porque você sabe que às vezes as palavras têm duplo sentido. Em uma árvore à beira do riacho há um rouxinol que canta. Às vezes todos os nossos pensamentos são inquietantes". Stairway to heaven – Led Zeppelin, 1971*

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico, caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, gerando aflição e prejuízo efetivo na vida do indivíduo.

As obsessões são ideias repetitivas, persistentes e irracionais que se tornam intrusivas, indesejadas e desagradáveis. Causam ansiedade, medo, mal estar e interferem nas atividades diárias, nas relações interpessoais e tomam uma parcela significativa de tempo no dia-a-dia do sujeito.

Já as compulsões, “são ações que não proporcionam prazer à pessoa; ao contrário, são rituais que ela realiza para obter alívio do desconforto que sente com suas obsessões.” (PIGOTT; STEKETEE, 2009, p.15). Por isso, as compulsões são voluntárias, repetitivas, seguem um padrão determinado e tem um motivo e uma finalidade. Essas ações podem ser manifestas (ex. lavar as mãos) ou atos mentais (ex. recitar rezas mentalmente).

Segundo SILVA (2011, p. 1), “pessoas com TOC são tão ansiosas que se tornam prisioneiras de seus pensamentos e rituais” e muitas vezes seus pensamentos são tão descabidos que sentem vergonha de torná-los público e acabam sofrendo sozinhas. Muitos relatos de pacientes com TOC afirmam que seus pensamentos são sem importância, porém não conseguem controlá-los.

Os pensamentos obsessivos são vergonhosos, pois na maioria das vezes eles vão contra a índole de quem os tem. Pensamentos de violência contra alguém que se ama, de se ferir ou até mesmo pensamentos de ordem sexual causam culpa e angústia, pois são desagradáveis e não considerados corretos. Tais pensamentos vem de um conteúdo diferente do manifestado pelo paciente ao longo da vida. São repetitivos, intrusivos e causam muita ansiedade, fazendo com que o sujeito acabe por mudar seu comportamento, para que a angústia que sente seja diminuída. Essa angústia pode ser minimizada na prática dos rituais que podem ser físicos ou mentais.

De acordo com RAPOPORT (1990, p. 2):

> Ideias sem sentido voltam repetidas vezes à cabeça, surgidas do nada; certos atos “mágicos” são repetidos várias vezes. Para alguns, as idéias não tem sentido (números, um número, ou diversos números), para outros, são pensamentos muito fortes – por exemplo, “acabo de matar alguém”. A intromissão, nos pensamentos conscientes diários, destas idéias intensas, repetitivas e (para vítima) repulsivas, absurdas e estranhas é uma experiência dramática e impressionante. Não se pode tirá-las da cabeça. Esta é a natureza das obsessões.

Um exemplo disso é o relato de uma mãe que dizia que conferia diversas vezes a gaveta onde guardava as facas de cozinha para ver se nenhuma delas estaria torta. Ela acreditava que se uma faca saísse do lugar, ela a pegaria e feriria o filho pequeno. (SILVA, 2011, p. 27)

O transtorno obsessivo compulsivo é muito comum, porém a minoria da população que sofre desse transtorno procura ajuda profissional. Segundo CORDIOLI (2008, p. 467), o TOC acomete em torno de 2,5% da população em geral e pode começar já na infância, sendo raro o início após os 40 anos. É um distúrbio considerado grave, pois em muitos casos os sintomas se tornam incapacitantes, além de o transtorno ser crônico e frequentemente manter-se por toda a vida.

1.1- Apresentações do TOC

O Transtorno Obsessivo Compulsivo pode ter várias formas de apresentações. Alguns pacientes são verificadores, outros produzem simetrias, pensamentos repugnantes, acumulam coisas, porém, o mais frequente é o preocupado com contaminação ou limpeza. “Todos esses problemas têm temas comuns: não se pode confiar no próprio bom senso[...]. Sabe-se que não fez nada que possa causar danos, mas, [...] é preciso continuar verificando e contando. *Não se pode deixar de lado a ideia*”. (RAPOPORT, 1990, p.2, grifo da autora).

Segundo a autora os pensamentos sempre voltam e a pessoa se questiona se tem mesmo certeza, acredita que ainda há alguma coisa errada e sente a necessidade de repetir rituais. A vida cotidiana fica sob a tirania das dúvidas, levando a uma repetição e a um ritual sem sentido.

1.2- Contaminação e limpeza

O medo de contaminação, lavagens excessivas das mãos e do corpo, evitação de contato com alguns lugares e objetos são os sintomas mais comuns de indivíduos com TOC. Os rituais de limpeza estão relacionados às obsessões da mesma natureza. Há uma forte preocupação com germes, bactérias, “energias negativas”, contraírem doenças ou contaminar pessoas.

Indivíduos com esses sintomas lavam as mãos incontáveis vezes ao dia; tomam banhos intermináveis; usam produtos fortes de limpeza; escovam os dentes

muitas vezes; lavam e desinfetam objetos de uso geral, como bolsas, maçanetas, colchões, sapatos e louças; trocam de roupa várias vezes ao dia etc. “Além das lavações em excesso, também costumam evitar o uso de banheiros públicos, onde é comum que abram a porta com os cotovelos ou levantem a tampa do vaso com os pés e usem lenços de papel para tocá-lo.” (CORDIOLI, 2014, p.25).

Ainda segundo o autor, essas pessoas evitam contato com objetos que são tocados por outras pessoas e costumam, também, evitar o uso de toalhas, sabonetes ou banheiros utilizados por outras pessoas da família e com isso acabam isolando espaços, móveis ou cômodos da casa.

> Uma pessoa que faz rituais de limpeza pode, com facilidade, perder o dia inteiro em uma busca frenética de assepsia. Quando os rituais são executados na hora do banho, que pode durar horas, todo o processo de limpar-se precisa seguir regras rígidas, contadas por frequência, por tempo ou outros marcos de referência. [...] Todas as partes do corpo devem ser limpas dessa maneira rígida e, caso a pessoa tenha qualquer dúvida se deixou de executar algum passo – o que é quase certo, dadas a tendência a duvidar e a complexidade do ritual de limpeza -, pode começar tudo novamente. Isso, sem dúvida, causa um desperdício enorme de tempo e dinheiro, com prejuízos à saúde, já que são comuns os problemas de pele causados por exposição demasiada à água e produtos de limpeza. (SILVA, 2011, p. 43-44)

1.3- Verificações ou checagem

As verificações e checagem são muito comuns em indivíduos com TOC. Eles verificam várias vezes se desligaram as luzes, fecharam o gás, trancaram as portas. A dúvida e a necessidade de ter certeza de que cumpriu determinada tarefa e afastou a possibilidade de algum dano está muito presente neste sintoma.

TORRES; SHAVIT; MIGUEL (2013, p. 35) afirma que “não se trata de um problema de esquecimento, mas de uma insegurança muito grande na memória, do medo enorme de que ocorra algo terrível por descuido seu, por sua culpa.” O medo é tão presente que o indivíduo fica nessas ações repetitivas sem sentido por horas e acaba trazendo prejuízos na sua produtividade diária.

1.4- Ordenação e simetria

A pessoa que sofre com esse sintoma é obrigada a guardar, organizar, enfileirar ou arrumar objetos seguindo sempre um mesmo padrão. Perde-se muito

tempo nessa tarefa e o não cumprimento causa um grande desconforto emocional. Tais rituais vão além de gostar de ordem e capricho na organização da casa, eles são prejudiciais e atrasam a vida.

Na prática, esses sintomas são caracterizados quando a pessoa perde muito tempo organizando roupas ou comida por cores, alinhando quadros na parede, posicionando objetos na escrivaninha em certa ordem, livros na estante, os pratos e talheres na mesa de jantar, etc. Também é comum executar determinada tarefa numa determinada sequência, fazer sempre o mesmo caminho, alinhar os chinelos antes de calçá-los e executar sequência detalhada em procedimentos antes do banho. “Pode haver também a simetria do toque: por exemplo, a pessoa esbarra com o braço direito, ainda que por acaso, em um local e se vê obrigada a fazer o mesmo com o braço esquerdo.” (SILVA, 2011, p.44)

1.5- Contar e repetir

Em indivíduos com TOC é comum contar mentalmente enquanto realiza alguma atividade como caminhar, apagar e acender a luz, sentar e levantar da cadeira, contar os grãos de comida que estão no prato, tomar banho ou contar quantos carros passam na rua, ou o número de letras em uma folha de jornal.

Segundo CORDIOLI (2014, p. 29), “as contagens e repetições podem ser precedidas por um pensamento supersticioso catastrófico, de que algo ruim pode acontecer caso não se execute um ritual considerado ‘bom’, associado à sorte, um determinado número de vezes (pensamento mágico).” Alguns indivíduos só se tranquilizam após repetir seus atos ou pensamentos 5, 8, 12, 18 ou 50 vezes, por exemplo.

1.6- Acumulação ou colecionismo

Acumulação compulsiva é a tendência de guardar e a dificuldade em se desfazer de objetos sem valor (real ou afetivo) ou inúteis, que passam a ocupar espaços na casa e dificultam seu uso habitual. “Algumas pessoas, por mais que racionalmente desejem, não conseguem jogar fora objetos velhos, inúteis ou quebrados.” (TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p. 36)

Diante desses exemplos, podemos observar o sofrimento que pessoas com TOC tem durante grande parte de suas vidas. SILVA (2011, p. 47) afirma:

> [...] podemos ver que as pessoas com TOC sofrem duplamente: não só consideram inaceitáveis determinados pensamentos como se obrigam a executar "neutralizações" que lhes tomam tempo, paciência e saúde, sob pena de, segundo sua ótica ansiosa, serem responsabilizados por algum acontecimento terrível. É como estar preso em um trem fantasma de pensamentos ruins e ininterruptos, levando sustos a cada um deles e tendo de fazer o máximo possível para proteger a si mesmo e aos outros.

1.7- Diagnóstico diferencial

É comum pessoas afirmarem que têm TOC pelo simples fato de apresentarem algumas "manias", porém o transtorno é algo mais elaborado e é necessário conhecê-lo para que seja dado o diagnóstico correto, para que possa então haver um tratamento adequado.

Nem todo pensamento repetitivo é obsessivo, ele só se torna obsessivo quando seu conteúdo incômodo ou neutro, após tornar-se repetitivo, se torna aversivo e desconfortável. Ou seja, se uma pessoa tem pensamentos agradáveis, mesmo que eles sejam repetitivos, eles têm pouca chance de tornarem-se obsessivos. "Infelizmente, as obsessões geram mal-estar, em geral na forma de nervosismo, ansiedade ou medo, e podem interferir de forma negativa na vida das pessoas." (TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p.16)

Segundo RAPOPORT (1990, p.2), o transtorno também difere das superstições do dia a dia. Acreditar em número da sorte, bater na madeira é comum entre as pessoas e os hábitos diários são úteis e podemos modificá-los quando quisermos, mas os rituais dos pacientes com TOC vão muito além dessas superstições, pois "têm rituais ou pensamentos que sabem não ter sentido, e passam horas, todos os dias, gastando tempo precioso de escola, trabalho ou pessoal".

As ideias obsessivas sempre têm relação com algum tipo de medo, as pessoas que sofrem de TOC têm uma visão "catastrófica" do mundo, onde as chances de coisas ruins acontecerem são sempre superestimadas. Mas é importante diferenciarmos os medos "normais" que nos protegem de riscos reais, como por exemplo, dirigir com cuidado, não beber antes de dirigir, sexo sem

proteção, etc. dos medos improváveis de quem tem o transtorno. TORRES; SHAVITT; MIGUEL (2013, p. 18) afirmam que “no TOC, os medos causam muito sofrimento, atrapalham a vida da pessoa [...] e, além de exagerados, costumam ser ilógicos.”

Por este motivo, por serem ilógicos, muitos pacientes tem dificuldade em procurar a terapia, uma vez que há presente a crença de que estes pensamentos serão “controlados”, não é incomum encontrarmos em tratamento os casos mais graves quando de fato, há todo um acometimento do cotidiano deste paciente.

TORRES; SHAVITT; MIGUEL (2013, p. 18) ainda completam:

> Enquanto alguns pensamentos obsessivos não são absurdos, mas apenas improváveis, como um acidente de carro, por exemplo, outros são “malucos”, quase como um pensamento mágico, e a própria pessoa sabe que não têm cabimento, mas mesmo assim é atormentada por eles.

Alguns sintomas do TOC são comuns também em diversos transtornos psiquiátricos e é necessário que o profissional saiba distingui-los, pois a confusão desses quadros pode interferir na abordagem terapêutica.

Outra questão a ser observada é a identificação das comorbidades, pois geralmente além dos sintomas obsessivos compulsivos, o indivíduo também manifesta uma ou mais comorbidades. A depressão tem uma prevalência muita alta em indivíduos com TOC, além de transtornos de ansiedade, tiques, déficit de atenção, etc.

> [...] na prática clínica, o paciente com TOC apresenta um quadro clínico complexo, no qual o profissional, para fazer o diagnóstico clínico, necessita distinguir o transtorno de quadros que apresentam sintomas semelhantes, bem como excluir a possibilidade de os sintomas fazerem parte do quadro clínico de doenças médicas, especialmente neurológicas, e serem efeito de substâncias, até mesmo de certos medicamentos usados como coadjuvantes na farmacoterapia do transtorno. O profissional deverá, ainda, identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento, como é o caso dos transtornos de humor (e da depressão em particular), para poder planejá-lo adequadamente. (CORDIOLI, 2014, p. 34)

Em geral, é difícil identificar o motivo que leva o paciente a desenvolver o Transtorno. Estudos recentes mostram que diversos fatores contribuem para seu desenvolvimento, porém ele só irá ocorrer em pessoas que tenham uma

predisposição para isso. Sabe-se, por exemplo, que um dos motivos de desencadeamento das manifestações dos sintomas é o fator genético, ou seja, uma pessoa com familiares com TOC tem mais chance de apresentar o transtorno. Todavia, nem sempre isso ocorre, havendo casos isolados em famílias, o que reforça que um único fator nunca é o responsável pelo aparecimento do TOC. TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p. 47)

2. As Bases biológicas do TOC

Minha mão está suja.Preciso cortá-la. Não adianta lavar. A água está podre.
Nem ensaboar. O sabão é ruim. A mão está suja, suja há muitos anos.
Carlos Drummond de Andrade, 1942

Além de fatores ambientais e psicológicos, pesquisadores também vêm reconhecendo fatores genéticos e neurobiológicos como de grande importância no desenvolvimento do transtorno. Fato, que há a implicação mental, mas também cerebral no desenvolvimento deste Transtorno.

Segundo CORDIOLI (2008, p. 468), há evidências de que fatores biológicos estão relacionados com o TOC em casos de "incidência familiar, o aparecimento de sintomas na vigência de doenças cerebrais, [...] alterações neuroquímicas relacionadas com a serotonina, [...] a redução dos sintomas com o uso de medicamentos inibidores da receptação da serotonina (IRSs)."

2.1 Fatores genéticos

Os fatores genéticos são observados em casos onde pessoas da mesma família apresentam TOC com sintomas diferentes, descartando assim, a possibilidade de o transtorno ter se desenvolvido a partir de um comportamento aprendido. O que nos mostra a presença de uma pré-disposição ao quadro.

Outros fatores relevantes também apoiam a importância dos fatores genéticos, como afirmam STEKETEE; PIGOTT (2009, p. 64-65), que "as pessoas com TOC têm maior probabilidade de ter pais e filhos com esse transtorno e comportamentos obsessivo-compulsivos do que aquelas que não têm o transtorno." Afirmam também que "cerca de 40% dos obsessivo-compulsivos também têm algum parente biológico com TOC."

Apontam também a maior probabilidade de gêmeos monozigóticos (derivados do mesmo óvulo fertilizado e com a mesma constituição genética) apresentarem sintomas do TOC em relação a gêmeos dizigóticos (óvulos separados e características genéticas diferentes).

Um estudo feito com gêmeos idênticos e não idênticos apresentou como resultado que, se um dos gêmeos idênticos tiver TOC, a chance do outro também ter é de 57%, enquanto com os não idênticos, essa taxa cai para 22%. Essa diferença indica a presença de fatores genéticos em relação aos sintomas, pois se os fatores causadores fossem apenas ambientais, as chances para os dois tipos de gêmeos seriam semelhantes. (TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p. 59)

Em seus estudos RAPOPORT (1990, p. 11) pôde observar também vários casos de pessoas com o transtorno e traz a seguinte afirmação: “Este livro também traz algumas experiências de pais que também sofriam da doença e que a estão vendo agora em seus filhos [...] Não há dúvida de que a doença ataca famílias e de que, possivelmente, seja hereditária.”

Outra contribuição importante, apresentada por CORDIOLI (2014, p. 56) diz que:

> [...] foi consistentemente comprovado que o TOC é uma doença familiar e que existe um fator genético, sobretudo quando o transtorno é de início precoce e quando a manifestação (dimensão) predominante é a acumulação compulsiva. A natureza da alteração genética, os genes envolvidos e o mecanismo de sua transmissão, entretanto, ainda não foram esclarecidos.

2.2 Fatores neurobiológicos

Serotonina

Outros fatores biológicos importantes no estudo do transtorno são os distúrbios neurobiológicos, onde incluem as anormalidades neuroquímicas e alterações importantes na função cerebral em determinadas regiões do cérebro.

O TOC é uma interação entre fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos e, segundo ZORZETTO (2013, p. 21)

> Essa interação altera o funcionamento de circuitos que conectam áreas mais externas do cérebro, regiões do córtex ligadas ao processamento das emoções, do planejamento e ao controle das respostas de medo, a áreas internas como os núcleos da base e o tálamo, que integram informações emocionais, cognitivas e motoras, regulando a resposta ao ambiente. No TOC, a troca de informações entre essas áreas, mediada principalmente pelo neurotransmissor serotonina, estaria desregulada.

O cérebro é composto por neurônios que se comunicam por meio de neurotransmissores. Os medicamentos que agem no sistema nervoso central controlam a disponibilidade de determinado neurotransmissor ou atuam nos receptores deles, bloqueando ou estimulando a transmissão. Os antidepressivos aumentam a disponibilidade do neurotransmissor serotonina por isso, são medicamentos com comprovada eficácia na redução dos sintomas do TOC. “Este fato foi uma das primeiras e talvez uma das mais fortes evidências a favor da teoria neurobiológica do TOC e da hipótese de que exista alguma anormalidade neuroquímica no cérebro dos portadores do transtorno [...]” (CORDIOLI, 2008, p. 35). A serotonina, segundo CORDIOLI (2008, p. 35),

> [...] é uma substância produzida pelo próprio cérebro e desempenha importante papel na transmissão de impulsos nervosos entre neurônios, especialmente em determinadas regiões do cérebro. Com a inibição de sua receptação pelas células nervosas, em decorrência do uso de medicamentos que têm esse efeito, seus níveis se elevam nas sinapses, favorecendo a transmissão dos impulsos nervosos.

Esse neurotransmissor também modula uma variedade de funções psicológicas, como a percepção da dor, o comportamento agressivo, sexual e impulsivo, o humor, a ansiedade e o sono, a temperatura, o apetite, o movimento e o equilíbrio. Apesar do TOC ter sido ligado historicamente ao desempenho irregular da serotonina, a “Hipótese da Serotonina no TOC” repousa especialmente na descoberta de que os medicamentos eficazes para esse transtorno estão limitados a antidepressivos com resultados fortes ou seletivos na neurotransmissão de serotonina.

Áreas cerebrais

Atualmente, exames como a tomografia por emissão de fóton único (SPECT), a tomografia por emissão de pósitrons (PET) e a ressonância magnética

funcional (RMF) são capazes de visualizar o funcionamento cerebral e com isso foi possível identificar regiões no cérebro que são mais ativas em portadores de TOC, comparados a pessoas que não possuem o transtorno. Contudo, não foi identificada de maneira plausível qualquer anormalidade particular ou exclusiva na estrutura cerebral que diferencie os que têm e os que não têm TOC.

> [...] no córtex frontal, a parte mais frontal do cérebro, especialmente nas regiões próximas às órbitas oculares (córtex frontal periorbital), e em regiões mais profundas do cérebro, próximas à base, nos chamados gânglios basais, que são estruturas constituídas por núcleos de substâncias cinzenta situados na parte mais profunda e central do cérebro e que são interconectados. Os gânglios basais incluem o estriado, formado pelo núcleo caudado e o putame e o tálamo. (CORDIOLI, 2008, p. 36)

Os gânglios basais são ligados a funções mais elaboradas do comportamento, como controle do início e modulação dos movimentos, planejamento de sua sequência, aprendizagem por ensaio e erro e direcionamento cognitivo e motivacional, funções que podem estar afetadas em pessoas com TOC, além de possuir um conjunto particularmente rico de neurotransmissores e receptores múltiplos. “Portanto, qualquer perturbação que ocorra dentro dos gânglios basais provavelmente resultará em consequências de grande alcance através do cérebro.” (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 67)

Ainda segundo os autores, embora os achados sejam inconsistentes, eles sugerem que as anormalidades estruturais do cérebro podem não ser incomuns no TOC. A maioria dos sujeitos com TOC apresenta atividade cerebral aumentada na região orbital frontal do córtex cerebral, no núcleo caudado dentro dos gânglios basais, tem ativação aumentada nessas áreas quando expostos a estímulos incômodos aos seus sintomas e terão atividade cerebral “normalizada” quando são tratados com sucesso com antidepressivo IRS ou com terapia comportamental.

> Os resultados sugerem que certas anormalidades no cérebro (atividade excessiva nos lobos frontais e gânglios basais) são visíveis e mensuráveis na maioria dos sujeitos com TOC. Essas anormalidades são consideradas com um *estado*, mais do que como um *traço.* Isto é, a indução de sintomas do TOC provoca a ativação dos lobos frontais e dos gânglios basais em sujeitos obsessivo-compulsivos, e o tratamento bem-sucedido resulta em “normalização” da atividade nessas regiões. (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 70)

O circuito que vai da parte órbito frontal até a parte subcortical do cérebro também é crucial na produção de sintomas do TOC. Quando esse circuito está funcionando corretamente, a parte que se origina nos gânglios basais e se projeta para o córtex cerebral tem um efeito inibitório, ou seja aciona um *feedback* que impede outras ativações, evitando ações em excesso ou desnecessárias. Quando a filtragem da entrada de dados relacionados à ansiedade é inadequada, pode acionar o córtex órbito frontal para iniciar comportamentos excessivos, como os rituais.

Apesar dessas evidências, há uma grande dificuldade no estudo das bases biológicas do TOC como afirma CORDIOLI (2014, p. 56):

> No estudo das bases biológicas do TOC existem várias dificuldades de ordem prática. A primeira delas é a heterogeneidade das suas apresentações clínicas (dimensões). Pesquisas sugerem que as áreas cerebrais, a neuroquímica e a transmissão genética envolvidas sejam distintas para cada uma das dimensões de sintomas. Outra questão é a presença de comorbidades, o que tem dificultado a tarefa de obter amostras homogêneas e afastar os fatores de confusão. É raro os sintomas do TOC se manifestarem de forma isolada, não acompanhados de outros transtornos psiquiátricos, mais comumente depressão, transtornos de ansiedade, transtornos do controle dos impulsos, de tique ou transtorno de Tourette. A presença dessas comorbidades torna difícil a obtenção de um número razoável de pacientes com o chamado TOC "puro".

Além dos fatores citados, muitos pacientes recrutados vêm tomando medicação por muito tempo, o que pode vir a alterar ou mascarar as alterações cerebrais que são associadas aos sintomas do TOC. Tais fatores são obstáculos nas pesquisas, mas é muito importante conhecer alguns estudos e evidências.

3. Contribuições da Psicologia no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo

"Não há como vencer o medo sem provocá-lo, ou não se perdem medos sem enfrentá-los". Cordioli, 2014

O Transtorno Obsessivo Compulsivo, como mostrado anteriormente, causa demasiado sofrimento na vida de quem desenvolve seus sintomas. O prejuízo causado interfere geralmente em suas relações interpessoais e no ambiente de trabalho. "[...] O transtorno pode levar a pessoa a ficar confinada ao lar, pois seus medos e preocupações fazem-na acreditar que é mais fácil permanecer em casa [...]

do que arriscar o enfrentamento de situações que possam desencadear o TOC." (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 17).

Por perceberem que seus sintomas são ridículos ou sem sentido, muitos pacientes, com vergonha do que os outros possam pensar, escondem tais sintomas de modo que, até parentes mais próximos, não tomam conhecimento da ocorrência de seus atos ou pensamentos e do sofrimento que estes geram. Apenas com a piora do quadro alguns pacientes perdem esse controle.

O reconhecimento de que suas obsessões e compulsões são ilógicas e estranhas é o principal motivo que leva o paciente a esconder, omitir, negar ou minimizar seus sintomas e isso gera uma sensação de solidão muito grande e dificulta a identificação do problema por profissionais e familiares.

TORRES; SHAVITT; MIGUEL (2013, p. 45) afirmam que:

> Alguns sinais indiretos podem levar à suspeita da existência do transtorno, como, por exemplo, piora do desempenho escolar ou profissional, repetição de perguntas desnecessárias, atrasos constantes, demora para finalizar tarefas rotineiras ou repetição desnecessária das ações, longa permanência no banheiro, mãos avermelhadas e/ou que descamam, gasto excessivo de sabonete e papel higiênico, lentidão para se vestir ou arrumar, acúmulo de objetos inúteis, indecisão e nervosismo constantes. A confirmação do diagnóstico, no entanto, deve ser feita por um profissional da saúde.

Alguns pacientes não sabem que o TOC é um problema de saúde, nem que é tratável, por isso, na maioria das vezes, não procuram ajuda especializada. Normalmente, demoram de 5 a 7 anos até que procurem tratamento por um profissional, mas muitas vezes essa busca nunca ocorre, por acreditarem que os sintomas fazem parte de sua personalidade e do seu jeito de ser.

> [...] Freud escreveu, em 1907: "Os que sofrem desta doença podem manter em segredo sua aflição. A ocultação é facilitada pelo fato de que elas são muito capazes de cumprir seus deveres sociais numa parte do dia, depois de terem dedicado algumas horas a seus afazeres secretos, escondido da vista dos outros." Atualmente como na época de Freud, muito poucas vítimas buscam ajuda ou sabem que existe ajuda. O segredo faz parte do distúrbio. Fiquei sabendo que os poucos que se submetem à terapia nunca contam suas compulsões ao terapeuta. (RAPOPORT, 1990, p. 12)

Em alguns casos a busca por tratamento inicialmente não se dá pelos sintomas do TOC e nem por profissionais como psicólogos ou psiquiatras, mas por

outros profissionais da saúde e por problemas que as compulsões geram, como por exemplo, lesões na pele por lavagem excessiva, procura por diagnósticos de câncer e HIV, sangramentos gengivais por escovação excessiva, etc. A busca pelo tratamento psicológico geralmente vem através do agravamento de problemas familiares e de dificuldades no trabalho e na escola. (TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p. 54)

Por ser um transtorno psiquiátrico, o sucesso no tratamento se dá, na maioria das vezes, através de uma parceria entre a medicina e a psicologia, pois as duas áreas disponibilizam ferramentas para ajudar as pessoas com TOC a atingir um estado de conforto essencial. (SILVA, 2011, p. 177).

Quando o paciente chega ao consultório, a psicologia pode atuar no tratamento com psicoterapias específicas que vão ajudar na redução dos sintomas como ansiedade, medo e angústia e auxiliar na recuperação do bem estar do mesmo. Pesquisas atuais mostram que tanto o tratamento comportamental quanto o medicamentoso causam alterações favoráveis semelhantes no desempenho cerebral; isso corrobora que a psicologia e a biologia do TOC estão inter-relacionadas, ou seja, sugerem que uma terapia comportamental bem-sucedida implica em alterações ou adaptações similares no funcionamento implícito de determinadas áreas cerebrais que incidem após um tratamento medicamentoso eficaz. (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 31).

Vários teóricos consideram que o meio e as experiências do dia-a-dia do indivíduo exerçam de forma significativa na origem do TOC. Existem várias teorias alusivas às causas ambientais e aos tratamentos individuais desse transtorno. Algumas abordagens terapêuticas têm tido mais sucesso no tratamento do Transtorno, entretanto é importante conhecermos todas as formas de intervenções possíveis que a psicologia traz como contribuição no tratamento do sujeito.

3.1 Abordagens terapêuticas no tratamento do TOC

Terapia psicanalítica

De acordo com STEKETEE e PIGOTT, as abordagens psicanalíticas presentes promovem a ideia de que as dificuldades psicológicas atuais são resultado de experiências vividas e do desenvolvimento do Eu. Não há estudos que

mostrem que essa abordagem seja relevante no tratamento do TOC, porém esse tratamento baseia-se na compreensão do transtorno e na resolução de experiências traumáticas precoces que possam estar relacionadas com o TOC. (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 49)

O tratamento analítico de curta duração é muito ativo e envolve diretamente a produção de *insight* do paciente e o mesmo, para lidar com sua ansiedade, deve ter autoconfiança, desenvoltura, estabilidade e habilidade para lidar com situações estressantes e seus sintomas. Depois que o terapeuta obtêm a história do paciente e certifica-se que o mesmo possui essas características, ele desenvolve e comunica uma formulação analítica que oferece uma resolução aos seus problemas, a qual será discutida entre paciente e terapeuta. O estabelecimento do vínculo terapêutico (transferência positiva) no início da relação terapêutica geralmente resulta em uma experiência emocional corretiva que ajuda o paciente a resolver seus conflitos. “O clínico confronta seu paciente diretamente com os padrões comportamentais paradoxais e usa exemplos claros para evidenciar a conexão entre as dificuldades atuais e experiências passadas. (STEKETEE; PIGOTT, 2009, p. 50). Os autores também afirmam que:

> O esclarecimento e a resolução das defesas do paciente por meio do tratamento ajudam os pacientes a obter um insight dos acontecimentos do início da sua infância que produzem os sintomas obsessivo-compulsivos e a continuar a evoluir em direção aos objetivos do tratamento.

Embora não existam estudos que comprovem os resultados positivos dos tratamentos psicanalíticos para o TOC, essa abordagem pode ajudar pacientes que conseguiram se libertar dos sintomas prejudiciais do TOC a elaborarem os aspectos psicológicos coexistentes que podem ter colaborado para o desenvolvimento e a persistência do Transtorno.

Terapia Cognitivo Comportamental

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é cientificamente orientada, objetiva e busca eficácia em nome do bem-estar do paciente. Sua visão é de que as cognições (pensamentos, memória, linguagem e atenção) influenciam nossa visão de mundo e nossa interpretação dos acontecimentos e estes se refletem em nossas

emoções e comportamentos. “A psicoterapia cognitivo-comportamental busca a mudança de padrões disfuncionais de pensamento para promover a melhora, que consequentemente refletirá nas emoções e nos comportamentos.” (SILVA, 2011, p. 195)

Segundo CORDIOLI (2014, p. 145), “a principal característica da TCC, quando utilizada no TOC, é a prescrição de exercícios de exposição e prevenções de rituais para serem realizados em casa.” Esses exercícios têm como objetivo quebrar o círculo vicioso que o paciente usa para aliviar os sintomas.

No TOC, o paciente sente que seus rituais são a única possibilidade de alívio da ansiedade, por isso executa-os sempre que se vê diante de um fator desencadeante dos sintomas. O psicoterapeuta cognitivo-comportamental conduzirá o paciente a evitar seus rituais, ajudando-o em todo o processo doloroso de ansiedade e medo, até que ele se liberte dessa “necessidade” que lhe dá uma segurança tão ilusória quanto passageira. “[...] A pessoa com TOC condicionou-se a ritualizar para ter um alívio ilusório e curto de seu sofrimento. É preciso quebrar o círculo.” (SILVA, 2011, p. 197)

Ainda segundo a autora, para romper com os rituais, a proposta da TCC é simples: cada vez que o paciente tem uma ideia obsessiva, ele tem que impedir-se de praticar os rituais, mesmo sentindo ansiedade. A ansiedade tende a diminuir sozinha, pois o gasto de energia é muito grande e nosso organismo tem mecanismos próprios para diminuir essa sensação. O desafio do paciente é suportar esse tempo sem se deixar praticar as compulsões, pois por mais difícil que seja ele vai compreender e desassociar os rituais com a sensação de alívio e segurança.

> É obvio que esse tratamento, a princípio, pode parecer um desafio intransponível ao paciente com TOC. Muitos se arrepiam ao conhecer a técnica e pedem uma solução alternativa. Contudo, não há solução possível sem que a bioquímica cerebral seja restabelecida (através de medicamentos) e sem o abandono dos comportamentos condicionados e compulsivos. (SILVA, 2011, p. 198)

Outro aspecto importante que deve ser levado muito em consideração é a participação e envolvimento da família em todo o processo da terapia, pois uma das características principais da TCC é que os exercícios sejam realizados de modo contínuo, na vida diária do paciente e não somente nas sessões com o terapeuta. Desse modo é impossível pensar em implantação das técnicas sem a participação

de todos, pois “o sucesso do tratamento de exposição e prevenção de respostas depende de profundas mudanças nas relações de convivência e o primeiro passo será estabelecer essa nova base.” (TORRES; SHAVIT; MIGUEL, 2013, p. 102)

O tratamento, independente da abordagem escolhida pelo paciente ou terapeuta, deve haver, pois o TOC causa muito sofrimento e dor. O paciente não apenas deve, como merece ser tratado para que possa ter uma vida livre de dor e sofrimento. O foco não deverá ser na abordagem escolhida e sim no sujeito que está sendo tratado, em sua história e principalmente nas dores que justifiquem o quadro apresentado.

Considerações finais

O Transtorno obsessivo compulsivo, como estudamos no presente artigo, é um transtorno que traz muito sofrimento, pois aprisiona o sujeito em rituais compulsivos sem sentido a fim de eliminar a ansiedade causada por pensamentos intrusivos e insistentes. Essas obsessões e compulsões tendem a se tornar cada vez mais persistentes e acabam por, muitas vezes, trazer danos muito relevantes para a vida cotidiana da pessoa. Relacionamentos amorosos, familiares e profissionais não resistem ao transtorno e quando resistem o sofrimento é compartilhado e traz conflitos e tristeza. É uma doença complexa, desafiadora e, quase sempre, torturante.

A falta de conhecimento das características do transtorno pela população e até mesmo por profissionais da saúde tem colaborado para a falta de tratamento e prolongamento do sofrimento desses pacientes. É importante entender também que o TOC causa sofrimento psicológico acentuado, porém sua causa não é apenas psíquica, é biológica também, e a parceria com outros profissionais da saúde pode vir a colaborar ainda mais com o bem estar do paciente.

O aprofundamento nos estudos e uma divulgação abrangente sobre o assunto pode contribuir para diminuição da banalização e preconceito em relação ao TOC, além de diminuir o tempo de procura pelo tratamento adequado e a melhora da qualidade de vida desses pacientes e de seus familiares.

Referências

CORDIOLI, Aristides Volpato (Org). **TOC**: **manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2014.

_____. **Psicoterapias:** abordagens atuais. 3ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2008.

RAPOPORT, Judith L. **O menino que não conseguia parar de se lavar**: experiência e tratamento do distúrbio obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro. Marques Saraiva, 1990.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes e manias**. TOC: transtorno obsessivo compulsivo. Rio de Janeiro. Objetiva, 2011.

STEKETEE, Gail; PIGOTT, Teresa. **Transtorno obsessivo-compulsivo**: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. 3ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2009.

TORRES, Albina; SHAVITT, Roseli Gedanke; MIGUEL, Eurípedes Constantino (Org). **Medos, dúvidas e manias**: orientações para pessoas com o transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. 2ª edição. Porto Alegre. Artmed, 2013.

ZORZETO, Ricardo. **As muitas faces da obsessão**. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 205. Março de 2013.