

Documento escrito por psicólogos colaboradores do
PROTOC e ASTOC e psiquiatra do ASTOC

**Idéias que se repetem,
Preocupações constantes,
Medos exagerados...**

Isso pode ser TOC

Este livreto tem como objetivo levar ao conhecimento da população informações sobre o Transtorno Obsessivo Compulsivo - **TOC** -bem como apresentar formas atuais de tratamento.

Cada um de nós pode se tornar um agente de saúde. Para tanto é necessário que tenhamos o maior número de informações possíveis. Divulgar os sinais e sintomas do TOC fará com que muitas pessoas, com ajuda destas informações, reduzam o tempo perdido sem diagnóstico e, conseqüentemente sem tratamento.

Os estudos comprovam que transcorrem em média 10 anos desde o momento que se instala a doença até que as pessoas consigam o diagnóstico. Isso é uma pena, pois quanto antes se iniciar o tratamento menor será o sofrimento e o risco de se desenvolverem outros problemas.

Infelizmente, o **TOC** passa despercebido com muita freqüência e tende a ser sub-diagnosticado e sub-tratado por diversos motivos. Isto ocorre porque quem sofre com TOC costuma tentar resolver por conta própria um problema que se apresenta a todo o momento. Sente-se obrigada a realizar certos comportamentos que contrariam sua vontade. Na maioria dos casos guarda esse problema em segredo, porque freqüentemente tem vergonha de falar sobre ele.

TOC: O QUE É ISSO?

O **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** é uma doença mental crônica (transtorno psiquiátrico), faz parte dos transtornos de ansiedade e se manifesta pela presença de sintomas que denominamos **obsessões e/ou compulsões**.

Obsessões são pensamentos ou idéias, impulsos, imagens ou cenas que invadem a mente do indivíduo de modo persistente, podendo ou não ser seguidos de comportamentos (manias) para neutralizá-los. São sentidos como estranhos e intrusivos causando aumento da ansiedade e grande desconforto. O indivíduo tenta não pensar ou eliminar o desconforto com atos ou com outros pensamentos. No entanto, percebe que os pensamentos vêm de sua mente e não como vindos de fora. Sabe que não fazem sentido, percebe o caráter irracional das obsessões que passam a ocupar seu tempo e atrapalhar suas atividades normais (seu trabalho, seu relacionamento familiar, etc).

Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa é levada a realizar para diminuir a ansiedade gerada pelas obsessões. Esses comportamentos ou atos mentais são claramente excessivos e se destinam a prevenir ou reduzir o desconforto gerado pelas obsessões. No entanto, pode haver também compulsão sem presença de obsessão.

É importante lembrar que comportamentos obsessivos e compulsivos são necessários em muitos momentos da vida. Por exemplo, para se estudar bem algo difícil, é preciso um cuidado um tanto que obsessivo, tendo muitas vezes que reler e relembrar o assunto algumas vezes. Para garantir que um bebê sobreviva nos primeiros meses de vida, os pais precisam lembrar sempre de alimentá-lo, não deixá-lo em lugares em que possa cair, limpá-lo e tantos outros cuidados. Ou seja, esses são comportamentos que garantem a sobrevivência de todos nós e que foram selecionados durante o processo de evolução.

Assim, embora sejam comportamentos presentes em toda espécie humana, o que determina o TOC é o grau de intensidade, sofrimento e incapacidade causada por esses comportamentos. E vários fatores ao mesmo tempo podem determinar isso, tais como: características genéticas, história de vida de cada um, o ambiente e a cultura na qual vivemos.

Esses comportamentos podem ser confundidos facilmente com preguiça ou manipulação. É essencial que você aprenda a ver essas características como sinais do TOC e não traços de personalidade. Dessa forma, você pode juntar-se à pessoa com TOC na luta contra os sintomas em vez de ficar excluído sem entender o que ocorre. Pessoas com TOC geralmente referem que quanto mais criticados são, mais os sintomas pioram!

Boa parte das pessoas com TOC se esforçam para se libertar dos pensamentos obsessivos e para evitar os comportamentos compulsivos. Muitas conseguem controlá-los quando estão no trabalho ou na escola.

As pessoas com TOC geralmente têm consciência do seu problema. Na maioria das vezes, elas sabem que seus pensamentos obsessivos são sem sentido ou

exagerados e que seus comportamentos compulsivos não são realmente necessários para o fim a que aparentemente se destinam. Entretanto tal conhecimento não é suficiente para se livrar da doença.

Há várias formas do TOC se manifestar. A mais comum é aquela na qual as compulsões aparecem relacionadas às obsessões. Mas pode ocorrer de o indivíduo apresentar apenas obsessões ou apenas compulsões. Ou seja, uma pessoa pode ter apenas pensamentos sem fazer nenhum ritual para aliviar. Ou ainda, aquela que tem que fazer algo para se livrar de um incômodo, muitas vezes físico, e não de um pensamento ou imagem.

A maior parte das pessoas com TOC apresenta um vaivém do problema, devido ao curso às vezes flutuante da doença. Você pode se desapontar se tiver expectativa de que se os sintomas forem embora, isso será para sempre. Algumas pessoas podem ter um episódio único, sem ter os comportamentos pelo resto da vida. Entretanto, isso não é muito comum. Quando se trata de TOC, devemos pensar mais em controle do que em cura, como o diabetes ou a hipertensão. Ou seja, é possível controlar o problema para se viver bem, sem tanto sofrimento, mas às vezes não é possível acabar com o problema.

É muito comum o comportamento aparecer ou, ainda, reaparecer em períodos estressantes da vida ou de mudanças, que podem incluir até momentos alegres e de mudanças positivas. Em geral, qualquer mudança é complicada para quem tem TOC, mesmo quando boa para a pessoa.

Existem também casos, em que o indivíduo passa a evitar as situações que o induzem a certas obsessões e compulsões. Por exemplo, quando o banho envolve muitos rituais, tomando muitas horas, pode acontecer da pessoa começar a evitar tomar banho. Ou então, quando alguém muda seu caminho para o trabalho para não ter que passar perto de um cemitério.

Os exemplos de obsessões e compulsões que daremos a seguir incluem muitos hábitos comuns que, de vez em quando, são vistos na vida de quase todas as pessoas. Lembre-se, um pensamento ou comportamento só é considerado obsessão ou compulsão se não puder parar com ele, se interferir na vida de maneira importante e, ainda, se perder muito tempo lutando contra ele:

OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO E COMPULSÕES DE LIMPEZA

- Medo de pegar germes sentando em determinada cadeira, cumprimentando alguém, tocando alguém, pegando em maçanetas.
- Medo de entrar em contato com excrementos ou secreções do corpo, como vômito, urina, fezes, sêmen, suor, secreção vaginal (de si próprio ou de outra pessoa).
- Medo de ser contaminado por substâncias radioativas, medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
- Medo de ser contaminado por insetos ou animais.
- Nojo de fitas adesivas ou substâncias pegajosas que possam conter ou não contaminação.

- Medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado, pode incluir doenças específicas como AIDS, câncer.
- Necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-los de uma maneira específica.
- As atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica.
- Preocupação ou medo de ser contaminado por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solvente. Além disso, sentir nojo da idéia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
- Ter compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados (brinquedos, roupas, material escolar, enfeites, utensílios domésticos...)
- Rituais mentais (compulsões que você faz “na sua cabeça”) que tenham a ver com contaminação e limpeza.
- Tomar medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evitar fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, lata de gasolina... Pedir para as pessoas abrirem portas, ou usar luvas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de mão de hotéis ou apertar as mãos de outras pessoas.

OBSESSÕES E COMPULSÕES DE COLECIONISMO

- Medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
- Manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
- Preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
- Pegar objetos sem nenhuma razão em especial e guardar porque não conseguiu decidir se deve ou não jogar fora.
- Ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar essas coisas fora por medo de ter que precisar delas algum dia.
- Ter rituais mentais (compulsão que você “faz na sua cabeça”) relacionados ao colecionismo.
- Evitar certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal, pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

OBSESSÕES E COMPULSÕES DE SIMETRIA, ORDEM, CONTAGEM E ARRANJO.

- Ter preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre alinhamento de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
- Ficar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.
- Verificar repetidas vezes enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se de que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
- Levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”, ou preocupar-se por não ter realmente entendido o significado do que leu, ou ficar preocupado com o formato de algumas letras.
- Necessidade de entrar/sair de casa várias vezes; sentar/ levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada.
- Necessidade contar coisas como azulejos, pisos, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.
- Necessidade de endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada “ordem” ficando muito chateado se esta “ordem” é alterada.
- Ter compulsão após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.
- Necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Sentir o impulso de tocar superfícies ásperas como madeira ou superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoça.
- Medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.
- Ter rituais mentais (compulsão que você “faz na sua cabeça”), relacionados a obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo.
- Evitar certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.

OBSESSÕES SOBRE AGRESSÃO, VIOLÊNCIA, DESASTRES NATURAIS E COMPULSÕES RELACIONADAS.

- Medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.
- Medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a lhe ferir.
- Ficar procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para se reassegurar de que não feriu a si mesmo.
- Medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para frente de um carro ou de um trem.
- Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações erradas.
- Medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
- Verificar se não feriu alguém sem saber. Perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
- Ter imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
- Medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
- Medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
- Medo de apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore, etc.
- Procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem de que nada aconteceu.
- Ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
- Necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis.
- Ter rituais mentais (compulsão que você “faz na sua cabeça”) relacionados a obsessões sobre agressão, violência, desastres naturais e compulsões relacionadas.

OBSESSÕES SEXUAIS E RELIGIOSAS E COMPULSÕES RELACIONADAS

- Ter pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
- Ter pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
- Ter medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em “gay”, quando não existem razões para estes pensamentos.
- Ter imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
- Ficar checando os órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Perguntar para se reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
- Não ir a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.
- Ter medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.
- Ter preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
- Ter medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.
- Verificar a Bíblia ou outros objetos. Perguntar ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para se reassegurar de que nada aconteceu.
- Limpar ou checar excessivamente objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reasseguramentos com líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
- Não ir a igreja ou não assistir a certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.
- Necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um “mau”, pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis.
- Perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para se sentir melhor.
- Ter rituais mentais (compulsão que você “faz na sua cabeça”) relacionados a obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas.

OBSESSÕES E COMPULSÕES DIVERSAS

- Procurar reasssegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sangüínea ou temperatura.
- Evitar certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Não passar por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
- Precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
- Ter medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
- Não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Relutar em sair de casa no dia treze do mês. Jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.
- Preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
- Ter obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Evitar o uso de objetos de uma determinada cor.
- Escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
- Ter imagens com cenas neutras. Ficar vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
- Evitar certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
- Ficar paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as ações. Tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
- Fazer muitas listas de coisas ou atividades.
- Preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais ou filhos ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.
- Ter compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém.
- Ter compulsões para se livrar de pensamentos sobre se tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.

- Necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.
- Ter necessidade de repetir algo que você ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
- Preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
- Procurar reassuramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
- Ter obsessões sobre comida. Preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
- Ter obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração de comer. Ter que comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.
- Puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo “cabelo certo”, remover o folículo ou morder o cabelo. Causar falhas na cabeça que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.
- Cutucar a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.
- Ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem.

EPIDEMIOLOGIA: O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM?

O TOC não é uma doença nova. São encontradas descrições clínicas do que hoje se compreende por TOC desde cerca de 300 anos atrás. No entanto, era algo praticamente desconhecido até a década de oitenta. Foi só a partir daí que surgiu

maior interesse pelo assunto, registrando-se crescente número de pesquisas, com aumento dos conhecimentos e de sua divulgação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o TOC na lista das dez doenças, entre todas as especialidades, que mais produzem incapacidade. Durante muitos anos o TOC foi considerado uma doença rara. Porém, acredita-se que existam muitas pessoas aprisionadas pela doença, tentando esconder seus pensamentos e comportamentos repetitivos, ou ainda, por desconhecerem o fato desses sintomas constituírem uma doença, não procuravam ajuda, o que levava os especialistas em saúde mental a subestimar o número de pessoas afetadas.

Estudos recentes indicam que é um transtorno freqüente, afetando em média 2 % da população. Por exemplo, em um grupo de 50 pessoas da população uma pode apresentar ou ter apresentado TOC.

Pesquisas apontam que, mais freqüentemente, o transtorno costuma aparecer no final da adolescência e em número semelhante para ambos os sexos. Entretanto, existem casos com início anterior a esta idade (início precoce), acometendo mais o sexo masculino.

Recentemente, outra pesquisa indicou que 25% dos portadores algum dia tentaram suicídio.

O QUE ACONTECE NO CÉREBRO DE QUEM TEM TOC?

O TOC é um transtorno mental que tem base neurobiológica, ou seja, alterações no funcionamento cerebral podem provocar sintomas de TOC. Um exame de tomografia computadorizada do cérebro mais sofisticada, que chamamos de PET-SCAN, tem mostrado que o consumo de glicose em algumas áreas cerebrais está geralmente aumentado, o que indica provavelmente que estas regiões estão funcionando em excesso. Esse excesso de funcionamento tende a diminuir durante o tratamento medicamentoso, como também mediante terapia comportamental. As áreas mais relacionadas com o TOC seriam os núcleos da base. O neurotransmissor envolvido no TOC seria predominantemente a serotonina, já que medicações que interferem com a serotonina alteram o TOC.

QUAIS AS POSSÍVEIS CAUSAS DO TOC?

A pesquisa das causas se concentra na interação de fatores neurobiológicos e influências ambientais. Acredita-se que pessoas que desenvolvem TOC tenham uma predisposição biológica a reagir de forma acentuada ao estresse. Estudos

genéticos do TOC e de outras condições relacionadas poderão, algum dia, possibilitar definir genes que predisõem ao surgimento do TOC. Estudos genéticos recentes, associados a pesquisas de anormalidades neuroquímicas em portadores de TOC, têm sugerido que quando há um caso de TOC, outros membros da mesma família podem ser afetados pelo mesmo ou por transtornos relacionados, como a Síndrome de Tourette. Foi verificado que entre gêmeos idênticos (monozigóticos) a concordância para TOC é maior (cerca de 65%) do que entre os não idênticos (dizigóticos), o que mostra que o fator genético apresenta um papel relevante. Isso significa que se um gêmeo tem TOC, a chance de seu irmão gêmeo também ter é de até 65%. Até agora, não foram feitos estudos com indivíduos adotados ou com gêmeos criados separadamente para observar quanto os genes podem determinar estes comportamentos independentemente do ambiente no qual cada um está e forma de criação. Parece que pessoas com TOC têm uma vulnerabilidade genética que é desencadeada por fatores ambientais. As investigações em andamento sobre as causas prometem ainda mais esperança para as pessoas com TOC e suas famílias.

COMO TRATAR O TOC?

Psiquiatras experientes concordam que um tratamento ideal inclui medicação, terapia comportamental, educação e apoio familiar. As medicações associadas à terapia comportamental são consideradas hoje as primeiras opções de tratamento. Felizmente, na maioria das vezes essa associação terapia+medicação consegue atenuar ou eliminar completamente os sintomas. Na prática, principalmente na saúde pública de nosso país, nem sempre os pacientes estão em condições de procurar uma terapia comportamental. Infelizmente para muitos casos a medicação poderá ser a única terapia ao alcance do paciente.

MEDICAÇÃO

Um grande número de substâncias já foi experimentado no tratamento do TOC, porém, parece haver um consenso de que as drogas inibidoras da recaptação da serotonina são as mais eficazes na redução dos sintomas. O antidepressivo de primeira geração que se mostrou muito eficiente foi a clomipramina. No entanto, apesar da sua eficácia comprovada, seus efeitos colaterais fazem com que esta não seja mais a droga de primeira opção. Outros antidepressivos de segunda geração também podem ser usados, como a fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, sertralina e venlafaxina. Geralmente essas medicações são usadas em doses muito elevadas. Importante saber que estas medicações não provocam dependência.

Além do mais outros medicamentos podem ser associados aos antidepressivos buscando aumentar seus efeitos, como os chamados neurolépticos ou antipsicóticos (haloperidol, pimozida, risperidona, olanzapina, quetiapina),

calmantes ou ansiolíticos (clonazepam, buspirona), etc. Todos esses medicamentos também são usados para tratamento dos sintomas de outros transtornos mentais.

É freqüente que os efeitos antiobsessivos, ou seja, a melhora dos sintomas, demore a aparecer depois de iniciado o medicamento, podendo acontecer apenas depois de dois meses. As medicações somente serão eficazes se tomadas de forma adequada e sem interrupções. A interrupção por conta própria, antes do tempo recomendado, pode provocar recaída.

Seguem abaixo os medicamentos mais usados com as doses recomendadas:

Nome da substância	Também conhecido por	Doses recomendadas
Inibidores da Recaptação da Serotonina		
clomipramina	Anafranil [®] , Clo [®]	Até 300 mg dia
fluoxetina	Prozac [®] , Verotina [®] , Daforin [®] , Deprax [®] , Depress [®] , Eufor [®] , Fluxene [®] , Neo Fluoxetin [®] , Nortec [®] , Prozen [®] , Psiquial [®] ,	Até 80mg dia
Fluvoxamina	Luvox [®]	Até 300 mg dia
sertralina	Zoloft [®] , Assert [®] , Novativ [®] , Sercerin [®] , Serenata [®] , Tolrest [®]	Até 200 mg dia
paroxetina	Aropax [®] , Cebrilin [®] , Paxil [®] , Pondera [®] , Roxetin [®]	Até 80 mg dia
citalopram	Cipramil [®] , Alcytam [®] , Denyl [®] , Procimax [®]	Até 60 mg dia
venlafaxina	Efexor [®] , Venlift [®]	Até 375 mg dia
Neurolépticos		
haloperidol	Haldol [®] , Halo [®] , Haloper [®] , Loperidol [®] , Uni Haloper [®]	Em média 3 a 4 mg dia
pimozida	Orap [®]	Em média 2 a 3 mg dia
risperidona	Risperdal [®] , Respidon [®] , Risperidon [®] , Viverdal [®] , Zargus [®]	Em média 4 mg dia
olanzapina	Zyprexa [®]	Em média 10 mg dia
quetiapina	Seroquel [®]	Em média 200 mg dia
Calmantes		
Clonazepam	Rivotril [®] , Clonotril [®]	Até 6mg dia

Importante lembrar que outros medicamentos podem ser usados em casos isolados.

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS

É comum a presença de outros transtornos associados ao TOC. A isto damos o nome de comorbidade. As mais freqüentes são depressão, transtorno bipolar, fobias, ansiedade generalizada, pânico, abuso ou dependência de álcool e drogas, esquizofrenia, etc. Existem também transtornos que se assemelham ao TOC por também apresentarem alguns comportamentos repetitivos. A isso damos o nome de transtornos do espectro obsessivo compulsivo. Fazem parte desse espectro a tricotilomania (arrancar os próprios cabelos e pelos de maneira recorrente), skin-picking (dermatotilexomania: cutucar excessivamente a pele), tiques e síndrome de Tourette (tiques motores e vocais) transtorno dismórfico corporal (percepção errônea e exagerada sobre a aparência física), comprar compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

Todo tratamento psicoterápico é válido quando realizado de maneira correta e por profissionais competentes. Entretanto, existem mais estudos que mostram que o tratamento com Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta maior eficácia na melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos, bem como na manutenção dessa melhora.

É importante para as pessoas que têm TOC e para os seus familiares que reconheçam que a medicação isoladamente tem um limite na eficácia de afastar os sintomas totalmente. Informações, terapia e grupos de apoio são ações complementares que podem ajudar muito. A resposta ao tratamento com antidepressivos é de até 60% enquanto que se for associada terapia, a eficácia aumenta para 80%.

Quando as medicações são efetivas, a maioria dos portadores diz que estas ajudam a rejeitar as preocupações e a resistir às compulsões mais facilmente. Assim, algum esforço por parte do portador é necessário para diminuir a ansiedade envolvida e facilitar o enfrentamento, e a medicação ajuda nesse processo. Quando a medicação é interrompida, entretanto, os sintomas tendem a retornar dentro de algumas semanas ou meses e novamente torna-se mais difícil resistir à necessidade de realizar as compulsões. Adicionando outras técnicas terapêuticas, particularmente a terapia comportamental, temos maiores chances de conseguir tratar com menos medicação ou até mesmo sem medicação após um determinado tempo de tratamento. Os estudos mostram que quem faz a terapia consegue ficar mais tempo em remissão dos sintomas mesmo sem tomar medicação.

Especificamente para o tratamento do TOC, na terapia comportamental procura-se:

- 1) Fazer o enfrentamento do problema através da técnica de exposição com prevenção de respostas.
- 2) Analisar situações passadas e atuais nas quais o comportamento ocorre para identificar o que o mantém acontecendo.
- 3) Fortalecer habilidades em geral – sociais, profissionais, artísticas e esportivas a partir da aquisição e manutenção de repertórios reforçados.

Como se dá a exposição com prevenção de respostas?

É sabido por experiências em laboratório e observações na clínica que uma pessoa que apresenta um medo grande, quando em maior contato com estímulos relacionados a este medo, inicialmente apresenta um aumento da ansiedade e desconforto, mas que depois de um tempo (uma hora e meia, aproximadamente), estes começam a diminuir. Na segunda vez em que entra em contato com o estímulo a ansiedade tende a ser menor do que no começo da primeira vez e assim sucessivamente até que deixa de incomodar.

Com base nisto, a terapia procura fazer com que a pessoa que apresente as obsessões entre em contato com seus medos (seja através do contato com objetos ou imaginando situações temidas), e se procura evitar que ela faça o ritual para aliviar-se. Se o ritual for feito, a ansiedade diminui e não há exposição real. Este é um trabalho que deve ser feito de forma cuidadosa por um profissional, uma vez que quando não bem planejado pode fazer com que a pessoa desista do tratamento frente ao incômodo, devido à tamanha ansiedade que ele pode gerar.

É preciso que se tenha uma idéia do grau de ansiedade das várias obsessões e compulsões e sempre começar pela exposição daquela que incomode menos. Quando esta primeira não incomodar mais, é possível passar para o item seguinte de menor incômodo e assim sucessivamente.

Embora muito difundida em estudos científicos internacionais, esta é uma técnica usada com reserva por terapeutas comportamentais brasileiros. Podem-se usar as técnicas seguintes com resultados tão bons quanto a exposição com prevenção de respostas, sem trabalhar de forma tão aversiva.

Como se dá a análise de contingências?

Por meio dos relatos do paciente, o terapeuta direciona perguntas para que ambos identifiquem as situações nas quais os comportamentos obsessivo-compulsivos ocorrem. Assim, procura-se investigar o que está acontecendo um pouco antes ou enquanto se tem o comportamento, e o que acontece depois – as conseqüências.

Por exemplo: toda vez que o paciente passa perto de um hospital (situação anterior), ele tem que pôr suas roupas para lavar e tomar um banho no qual se esfregue muitas vezes (resposta) até que se sinta limpo/descontaminado (conseqüência).

Outro exemplo: o paciente chega em casa, e está ocorrendo uma discussão entre seus pais (situação anterior). Imediatamente ele fica ansioso, se tranca no banheiro e começa a fazer rituais (resposta). Depois de um tempo lá, os pais

percebem o que está acontecendo com ele, param de brigar e vão tentar tirá-lo do banheiro (conseqüência).

Com isto, é possível perceber que não só o que vem antes, mas também as conseqüências diretas e indiretas do comportamento podem controlar este. Assim, é possível planejar intervenções no próprio ambiente (instruir os pais a dar atenção para comportamentos saudáveis do paciente antes que ele comece os rituais, ou até indicá-los à terapia familiar), ou preparar o paciente a agir de outra forma diante da situação (que será explicada no terceiro item).

Em muitos casos, a pessoa apresenta regras formuladas a partir de eventos passados em sua história de vida que podem contribuir para a manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos. Por exemplo: um dia a pessoa decide mudar todo seu visual (corta o cabelo, coloca uma roupa nova, refaz seu currículo...), vai à procura de um emprego e neste mesmo dia é chamada para trabalhar exatamente no local que queria. Depois disso acontecer, essa pessoa pode chegar à conclusão (regra) de que para que coisas boas aconteçam em sua vida, ela terá que fazer muitas mudanças no mesmo dia, e nunca fazer mudanças em outros dias, pois elas teriam que acontecer todas de uma vez para dar certo.

Neste tipo de situação, a regra foi formulada a partir de algo que realmente aconteceu. No entanto, é muito provável que não tenha sido o fato de ter feito tudo num mesmo dia que tenha feito com que conseguisse algo bom. Mas as pessoas costumam adotar esse tipo de regra, principalmente, quando as coisas não andam muito bem, e diante de algo que dá certo, passam a fazer exatamente tudo aquilo que fizeram naquela situação.

Diante disso, é possível junto ao paciente: 1) questionar a veracidade destas regras (observando situações semelhantes com outras pessoas, ou ainda com a própria pessoa) e 2) introduzir durante a terapia situações que propiciem outras conclusões (regras).

Como se dá o reforço de repertórios?

No início do processo terapêutico é muito comum o terapeuta perceber que o paciente não tem passado por situações agradáveis, e que ele tem procurado fazer tudo o que sabia (mesmo que isto seja fugir da situação) ou tinha de melhor para oferecer na tentativa de resolver seus problemas. É importante frisar que só agimos de uma certa forma porque este comportamento foi adquirido no passado (ao fazer houve conseqüências boas que o mantiveram), e muitas formas de se comunicar ou resolver problemas nunca foram por muitos aprendidos.

Assim, aquele com problemas pode não ter o repertório necessário para enfrentar determinadas situações complicadas em sua vida, ou ainda para conseguir coisas que o fariam feliz. Nesse momento, a terapia tem o papel de além de analisar a situação, proporcionar aprendizado de habilidades necessárias.

Em muitos casos, procura-se trabalhar principalmente as habilidades sociais do paciente, procurando deixá-lo menos passivo e/ou menos agressivo em seus relacionamentos pessoais e garantindo que ele aprenda a se colocar de forma que consiga o que quer sem ser indelicado com as outras pessoas. Em todo este

processo, é também revista a história de vida do paciente e a condição atual, que apontam o por quê dele se comportar da forma como se comporta.

No entanto, qualquer comportamento que traga benefícios diretos para a pessoa é válido. Assim, habilidades artísticas, esportivas, culturais, profissionais podem muito bem ser apoiadas também, garantindo que a pessoa tenha mais fontes de satisfação na vida.

Mas, por que tanta preocupação em enfrentar outros problemas e não focar no TOC? Porque o TOC apresenta-se com maior intensidade principalmente nos momentos em que temos problemas. Em alguns casos, ele se torna algo menos incômodo do que a própria vida do paciente. Assim, é muito importante aprender a lidar com situações complicadas, e isso é feito adquirindo-se novos repertórios.

Para a aquisição e manutenção de qualquer comportamento é necessário que, após ele ocorrer numa dada situação, haja uma consequência que garanta que numa próxima situação parecida a pessoa vá se comportar da mesma forma (reforçador). É muito importante entender que, o que reforça, “dá valor” ao que foi feito, não é necessariamente algo bom, mas uma consequência que faça a pessoa manter-se se comportando daquela mesma forma.

Em muitos casos, um elogio pode ser um ótimo reforçador, em outros, o silêncio é melhor. Há ainda aqueles nos quais um olhar furioso da mãe pode garantir a atenção que é extremamente reforçadora para comportamentos malcriados da criança. É valioso, assim, identificar o que é importante para cada pessoa.

Uma vez tendo identificado isto, o terapeuta pode começar a “incentivar” determinados comportamentos no paciente. Ele faz isto apresentando aquilo que é valorizado pela pessoa após ela se comportar da forma esperada. Muitas vezes, a consequência direta da ação já pode ser reforçadora. No entanto, foi necessário “treinar” o comportamento antes com o terapeuta.

Exemplo: um paciente que sofre com sua própria timidez, toda vez que conta alguma coisa sorrindo e olhando diretamente para o terapeuta, o terapeuta comenta que está muito agradável conversar com ele (reforço). Isto é mantido (apresentar reforço nestas situações) até que o paciente comece a ter o mesmo comportamento com outras pessoas, e passe a perceber que toda vez que faz isso, as pessoas ficam mais descontraídas e gostam de estar ao seu lado (o que pode ajudar a diminuir sua timidez).

De forma geral, fazer coisas que nos tragam consequências que valorizamos e saber lidar com situações complicadas são habilidades que podem ser adquiridas e garantem uma vida melhor para qualquer um.

OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTO.

Sabemos que de 30 a 40% dos pacientes com TOC não melhoram de seus sintomas. Nesses casos existem algumas alternativas de tratamento. Por exemplo, clomipramina endovenosa, eletroconvulsoterapia (se depressão associada), e em casos extremos a neurocirurgia. Esta última pode ser realizada de formas e em diferentes locais do cérebro. É possível até mesmo utilizar cirurgia com raios gamma sem a necessidade de abrir o crânio (ainda em estudo).

AUTO-AJUDA

Mesmo estando em tratamento (medicação e terapia), é possível a própria pessoa com o transtorno e/ou sua família procurarem formas de contribuir para melhora do problema.

Dicas para a pessoa:

- Procurar informações a respeito.
- Lembrar que o que acontece não tem a ver com falta de caráter ou preguiça.
- Procurar fazer coisas que goste.
- Diante de um problema, não fugir ou fingir que ele não existe. Procurar formas de resolvê-lo, se possível conversando com os outros para identificar outras formas de lidar com uma mesma situação.
- Aos poucos, tentar questionar seus medos, preocupações, se eles realmente podem causar tudo aquilo.
- Aos poucos, tentar enfrentar situações temidas, tentar se controlar ou deixar de fazer os rituais. Se for fazer isto sozinho, releia a parte de “exposição com prevenção de respostas”. Lembre-se que você deve começar sempre por aqueles rituais e medos que menos te incomodam, e fazer todo dia algum tipo de exposição (no mínimo três vezes por semana) que dure, pelo menos, uma hora e meia, ou o tempo necessário para a ansiedade diminuir. Quando a preocupação, o medo ou a necessidade de fazer algo passar a não incomodar mais, você pode pegar o item seguinte que menos lhe incomoda para enfrentar.

Dicas para a família e/ou amigos (quem convive diretamente), além de se apropriarem das dicas anteriores, é importante lembrar que:

- A pessoa não está assim porque quer. Ela provavelmente está sofrendo, e não sabe outra forma de resolver sua situação.
- Dizer o que tem que ser feito e que não faz o menor sentido, dificilmente tem resultados, e acaba gerando desentendimentos.
- Pressionar e/ou criticar também não ajuda. Embora pareça que ajude em alguns momentos, em longo prazo não funciona.

- Procure observar em quais situações os rituais acontecem e, se possível estar perto, dar atenção ou qualquer outro tipo de reforço antes da pessoa começar a fazer os rituais (reler o texto sobre reforçamento de repertórios para entender reforço).
- Se você costuma ajudar nos rituais, ou estar perto quando o medo está mais intenso, procure aos poucos (de vez em vez) tirar um pouquinho da sua presença nesses momentos, e estar presente no momento proposto na dica anterior.
- Procure incentivar qualquer forma de habilidade da pessoa, lembrando que nem sempre o elogio é a melhor forma de se fazer isto.
- Procure cuidar dos seus próprios problemas. Observe (principalmente mães) se sua vida não está em função dos cuidados para com a outra pessoa (que tem TOC). Se esse for o caso, é importante reconstruir sua própria vida. Só então será possível ajudar o outro.
- É importante olhar e valorizar as coisas que o portador tem conseguido fazer e não o contrário.
- Em geral, quando há alguém com TOC na família, todos os membros da família estão passando por problemas que se referem diretamente ao TOC e/ou problemas que não têm a ver com o TOC, mas que podem contribuir para a manifestação dele. Assim, é muito importante que todos procurem ajuda, principalmente os mais próximos. Esta ajuda pode ser por grupos de apoio a familiares, orientação familiar, terapia familiar ou até mesmo terapia individual.

COMO A ASSOCIAÇÃO DE PORTADORES PODE AJUDAR?

Sendo o TOC uma patologia de curso crônico que causa considerável prejuízo na qualidade de vida do portador e de seus familiares, os especialistas recomendam que os envolvidos busquem ajuda em Associações e Grupos de Apoio. É importante para o êxito do tratamento a aproximação com outras pessoas que como eles estão vivenciando essa experiência. Como os tratamentos são de longa duração, por vezes sentimentos de frustração e desesperança permeiam as relações familiares. Os Grupos de Apoio oferecem um foro para aceitação mútua, compreensão e auto descoberta.

Na cidade de São Paulo, no ano de 1996, foi fundada a primeira Associação Brasileira voltada a apoiar portadores de TOC e Síndrome de Tourette (ST) (tiques). É uma entidade, sem fins lucrativos, dedicada a incentivar as pesquisas sobre essas patologias; apoiar e orientar familiares e portadores; lutar contra estigmas e preconceitos e busca aumentar o conhecimento da população em geral sobre o TOC e a ST. Num trabalho pioneiro no nosso país fundou os primeiros Grupos de Apoio onde existe a possibilidade da troca de experiências com outros que lutam para vencer a doença. É importante salientar que estar ligado a uma associação permite que se obtenha material científico atualizado,

assistir a palestras sobre o tema e desta forma, ter instrumentos para lidar com os próprios sintomas ou se possa ajudar um ente querido a eliminá-los.

Outras associações estão surgindo no Brasil: no Rio de Janeiro, em Salvador, em Porto Alegre e em Santos. Pertencer a um grupo de pessoas que lutam por uma mesma causa faz parte da natureza humana, criando uma zona de conforto onde se percebe não “ser o único” a ter que enfrentar as vicissitudes inerentes à patologia propiciando a percepção de que é possível lidar com ela.

Os familiares muitas vezes chegam aos Grupos de Apoio com a pergunta: “Onde foi que eu errei?” e percebem depois que buscar culpados não trás nenhum benefício ao portador, mesmo porque na visão moderna do TOC eles não existem. Se existe um componente ambiental envolvido no surgimento dos sintomas, existem outros fatores importantes a serem considerados, entre eles a predisposição genética. O familiar aprende que o importante é seguir as orientações médicas propostas, e que ajudar o portador não significa fazer rituais junto com ele reforçando o problema. No Grupo de Apoio o familiar aprende com outros a estabelecer novas estratégias para que o ambiente doméstico seja mais saudável. Como alguns familiares apresentam por vezes sintomas de TOC é uma oportunidade de rever seus comportamentos e, se for o caso, buscar ajuda especializada.

Participando de Grupos de Apoio, os familiares podem entender melhor as limitações impostas pela doença, o que propicia o desenvolvimento da paciência, tão necessária quando se lida com uma patologia de caráter crônico.

A ansiedade do familiar em nada contribui para o sucesso do tratamento. Nos Grupos de Apoio buscamos incentivar a percepção de que o membro da família afetado deve ser visto em outras dimensões além daquela imposta pela doença. Que existem qualidades e dons que devem ser valorizados e que cada vitória contra os sintomas deve ser festejada. Parecem coisas simples, óbvias, mas em nossa experiência com grupos percebemos ao longo dos anos, que em muitos casos, o preconceito está dentro do próprio lar.

Quanto aos benefícios encontrados nos Grupos de Apoio para portadores, sejam eles jovens ou adultos, podemos dizer que são inúmeros além dos já citados. Da mesma forma que os familiares, o portador encontra no grupo um local seguro, neutro, onde pode falar de seus sintomas sem ser julgado ou criticado como ocorre em outros ambientes devido ao desconhecimento das características de sua patologia pelas pessoas com as quais convive no trabalho, na escola, etc.

Sabemos das dificuldades enfrentadas: a busca por atendimento especializado, o custo dos tratamentos; as dificuldades diante do sistema público de saúde; as dificuldades de inserção no ambiente social e como o TOC afeta o desempenho escolar e profissional. Sabemos também que o uso contínuo de medicamentos ocasiona muitas vezes dificuldades no manejo dos efeitos colaterais e que permanecer no tratamento psicoterápico enfrentando seus medos também requer coragem e persistência. Essas questões podem ser discutidas em grupo e soluções práticas são encontradas quando várias pessoas dão sua contribuição nesse sentido, principalmente quando estão todos “no mesmo barco”.

Percebemos ao longo desses anos que os freqüentadores de Grupos de Apoio que mantiveram assiduidade nos encontros mudaram sua postura diante da patologia e já estão podendo falar de suas “conquistas” em relação aos sintomas,

das “estratégias” utilizadas no que se refere à inserção no meio social. Relatam com entusiasmo aos novos membros do grupo, como isso tem melhorado sua qualidade de vida. Notamos então que a percepção de “não estar só”, “que outros apresentam sintomas semelhantes”, favorece a adesão aos tratamentos e estimula a responsabilidade sobre a própria saúde.

É importante salientar que o Grupo de Apoio não substitui as outras formas de tratamento médico e psicoterápico recomendadas para o transtorno. Acrescenta elementos positivos para que haja maior receptividade a eles pelo portador.

Os Grupos de Apoio realizados em nome da ASTOC são coordenados por facilitadores formados em Psicologia. Existe um treinamento desses profissionais que são aptos a responder perguntas sobre tratamentos e sobre a patologia em geral. Um Grupo de Apoio difere em sua essência de um grupo de terapia formal por ser um grupo de periodicidade mensal, aberto, onde a qualquer momento outro membro pode ser incluído; onde o coordenador exerce o papel de agente facilitador das relações grupais, não estabelecendo regras ou tarefas aos participantes, mas sim estimulando que os portadores encontrem um espaço propício para que possam falar de suas experiências com espontaneidade. Os Grupos de Apoio da ASTOC seguem o modelo trazido até nós pela OCD Foundation, com algumas adaptações para a realidade brasileira.

Ler um artigo sobre TOC (como este que você está lendo agora) é útil para todos, mas poder ouvir o relato de outro ser humano sobre suas lutas e conquistas é uma experiência transformadora. Busque outros que como você estejam vivenciando esta caminhada em busca de dias melhores e dêem as mãos, assim o percurso será mais ameno.