

Processos cognitivos e seu tratamento no transtorno obsessivo-compulsivo

Francisco Lotufo Neto e Maria Angelita Baltieri

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Abstract *This article summarized the main characteristics of cognitive and rational emotive therapies and reviews the main cognitive processes (essential beliefs, rules and schemas) and models in the treatment of obsessive-compulsive disorder. The main studies on treatment efficacy are also discussed.*

Keywords *Obsessive-compulsive disorder. Cognitive therapy.*

Introdução

Beck et al¹ definem terapia cognitiva como uma abordagem estruturada, ativa, diretiva, limitada no tempo, para tratar alguns transtornos psiquiátricos (p. ex.: depressão, ansiedade, fobias), lidando com as cognições que o indivíduo apresenta. Baseiam-se na visão teórica de que os sentimentos e os comportamentos do indivíduo estão relacionados ao modo como ele estrutura o mundo por seus pensamentos e crenças.

Segundo o modelo cognitivo, pensamentos disfuncionais, sem base integral na realidade, influenciam de forma significativa o humor e o comportamento do indivíduo. É interessante notar que a intensidade dos sentimentos depende em grande parte da forma como a situação é avaliada. Uma análise parcial da realidade gera sentimentos desproporcionais ou inapropriados para lidar com a situação e criar uma solução alternativa.

Dois são os principais tipos de cognições: os pensamentos automáticos e as crenças ou esquemas. Aqueles são palavras, idéias, imagens ou lembranças que as pessoas têm a todo instante. Surgem espontaneamente como uma segunda linha de pensamento; em geral passam despercebidos e estão associados a emoções intensas e à interpretação dos acontecimentos. Crenças são atitudes, regras e pressupostos adquiridos durante o desenvolvimento, que determinam o modo pelo qual uma pessoa responde aos estímulos em situações particulares (p. ex.: “tudo que faço deve ser perfeito”).

Terapia racional emotiva

Desenvolvida por Ellis,² procura ajudar os pacientes a desenvolver consciência de pressupostos ilógicos que, quando questionados ou desafiados, ajudam-nos a se sentir melhor. Para Ellis, os problemas psicológicos se originam de pensamentos errôneos ou irracionais que formam um sistema básico de crenças. Nesse sistema, as crenças têm relação com imperativos morais que definem o valor humano, confundem desejo e necessidade, e os pensamentos racionais, com idéias mágicas ou irracionais.

A terapia consiste em examinar a validade desses pensamentos por meio da crítica lógica, discriminar entre o que é verdadeiro ou

irracional, procurar evidências se a afirmação irracional segue logicamente a verdadeira, formular pensamentos racionais, modificando crenças e pensamentos, e planejar como a pessoa deverá agir da próxima vez que se defrontar com a situação desencadeante.

Terapia cognitiva da pessoa com transtorno obsessivo-compulsivo

Pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) apresentam fenômenos cognitivos que podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno e interferir no tratamento. Os pensamentos automáticos negativos desempenham importante papel, influenciando a realização e manutenção dos rituais compulsivos. Por exemplo, os rituais de limpeza sofrem influência de cognições sobre contaminação e das antecipações catastróficas sobre as consequências para si e para outros, caso não sejam realizados. Responsabilidade está por trás das compulsões de verificação.

McFall & Wollersheim³ identificaram algumas crenças e regras presentes nas pessoas com TOC: “existem comportamentos, decisões e emoções certos e errados”; “devo evitar erros para ser uma pessoa de valor”; “errar é igual a fracassar, e isto é intolerável”; “quem cometer um erro deve merecer crítica”; “devo ter perfeito controle sobre meu ambiente e sobre mim mesmo”; “perder controle é intolerável e perigoso”; “se algo é ou pode ser perigoso, deve-se ficar muito preocupado com isto”; “temos poder para iniciar ou prevenir catástrofes mediante rituais mágicos ou ruminatórias obsessivas”; “se o curso perfeito de ação não estiver claro, é melhor não fazer nada”; “sem minhas regras e rituais, ficarei inerte”.

Seis tipos de domínios cognitivos estão associados ao TOC:⁴ (1) responsabilidade, (2) estimativa da ameaça, (3) perfeccionismo, (4) supervalorização do papel dos pensamentos, (5) controle sobre os pensamentos e (6) tolerância por ambigüidade.

Responsabilidade pode ser definida como a crença de que alguém possui poder para provocar ou prevenir acontecimentos cruciais. É freqüentemente acompanhada de culpa e preocupação em causar algum evento negativo, por omissão ou por desejá-lo deliberada ou involuntariamente. Pacientes com TOC superestimam a probabilidade de ocorrência, o risco ou a gravidade de um

acontecimento e, ao mesmo tempo, subestimam suas capacidades para enfrentar com sucesso essas situações.

A necessidade de perfeição e de evitar críticas é outra característica comum. Relatam a necessidade de saber as coisas perfeitamente, de sentir que as coisas estão bem “certinhas” e de perfeição em relação a simetria, certeza e controle dos pensamentos. Atribuem também grande importância ao conteúdo ou à presença de determinados pensamentos. A preocupação é com o significado que a ocorrência desses pensamentos possui: “sou um anormal”, “sou mau caráter” etc. Também é comum a fusão pensamento-ação, ou seja, “se estou pensando isso, agirei de acordo”.

A necessidade de controle sobre o ambiente, de modo a diminuir riscos e críticas, e a sensação de perda de controle sobre os pensamentos são também relacionadas à presença de obsessões. A vigilância sobre os pensamentos aumenta, exacerbando as sensações associadas, criando a sensação de falta de controle. Crenças relevantes no TOC são: necessidade de hipervigilância dos eventos mentais, crenças moralistas de que controlar os pensamentos é uma virtude, crença de que falta de controle resulta em conseqüências graves tanto psíquicas quanto comportamentais (p. ex.: loucura, apatia), crenças sobre a eficiência imediata e o sucesso futuro no controle dos pensamentos.

Duvidar da veracidade da própria experiência e da qualidade da própria ação é característica importante desse transtorno. As compulsões, além de reduzirem temporariamente o desconforto causado pelas obsessões, atendem também à necessidade de certeza.

Pacientes com TOC subestimam sua capacidade de lidar adequadamente com situações ameaçadoras, o que aumenta a incerteza e o desconforto. Acabam enxergando os comportamentos de repetição e de esquiva como suas únicas estratégias de enfrentamento. Apresentam também crenças infundadas sobre sua capacidade de suportar ansiedade. Em geral, antecipam níveis de ansiedade maiores do que realmente vivenciam. Crêem que a ansiedade atingirá tal nível que irão perder o controle, fazer algo indesejável, ficar doentes, loucos ou até morrer.

Carr⁵ enfatizou a avaliação irrealista da ameaça presente nas obsessões. As experiências obsessivas são ameaçadoras porque superestimam a probabilidade de ocorrência de acontecimentos indesejáveis. McFall & Wollershein³ estudaram o papel que as cognições têm na realização das compulsões. A pessoa avalia a existência de um perigo, o que conduz a um aumento de ansiedade, e o comportamento compulsivo é iniciado. Esses comportamentos são por sua vez também avaliados e considerados mais toleráveis que os sentimentos de culpa relacionados a impulsos indesejáveis.

O processo de tratamento

O tratamento deve ser cognitivo-comportamental (ver artigo de Wielenska neste volume sobre terapia comportamental), sempre utilizando a análise funcional, as técnicas de exposição e prevenção de resposta, a modelação, a parada do pensamento etc., associando-as às técnicas cognitivas que focalizarão

especificamente os pensamentos automáticos, as tentativas de neutralização das obsessões e as antecipações catastróficas e a modificação das crenças disfuncionais.

Estratégias para modificação de pensamentos automáticos e crenças

Há uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais empregadas na psicoterapia que consistem em experiências de aprendizagem altamente específicas, destinadas a ensinar ao paciente as seguintes operações: a) observar e controlar os pensamentos automáticos negativos; b) reconhecer os vínculos entre cognição, afeto e comportamento; c) examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos distorcidos; d) substituir cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real; e) aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que o predis põem a distorcer suas experiências. Se o pensamento automático for realista, estimula-se o uso de estratégias para solução de problemas.

Evidências sobre a terapia cognitiva

Estudos conduzidos na Holanda mostram que terapia racional emotiva de Ellis pode ser benéfica para portadores de TOC. Mudanças nas crenças surgem depois da diminuição das obsessões e compulsões.^{6,7} Usando o modelo de Beck, alguns relatos de caso e estudos controlados mostram que a terapia cognitiva tem efeito benéfico em curto prazo, não se sabendo os resultados em longo prazo.^{8,9} O número de pacientes acompanhados ainda é pequeno.

Van Balkom et al¹⁰ investigaram a eficácia diferencial de terapia cognitiva ou exposição com prevenção de resposta em relação à combinação com fluvoxamina. Foram divididos 117 pacientes nos seguintes grupos: terapia cognitiva, exposição e prevenção de resposta, fluvoxamina por 16 semanas seguida de terapia cognitiva, fluvoxamina por 16 semanas seguida de exposição e prevenção de resposta, grupo em fila de espera por oito semanas. O grupo em fila de espera não apresentou melhora. Os quatro grupos que receberam tratamento apresentaram redução dos sintomas obsessivo-compulsivos. Não houve diferença entre os grupos após 16 semanas. Os grupos que receberam fluvoxamina não foram melhores que os que receberam só terapia.

Jones & Menzies¹¹ descreveram a *Danger ideation reduction therapy* (DIRT) para tratamento de obsessões de contaminação e rituais de limpeza. O tratamento consiste em exercícios de focalizar atenção, entrevistas filmadas, informação corretiva, reestruturação cognitiva, testemunhos de especialistas, experimentos microbiológicos e avaliação da probabilidade de catástrofes. A esse tratamento, foram submetidos 11 pacientes, e dez controles permaneceram em fila de espera. O grupo terapêutico melhorou de forma significativa.

Conclusão

As terapias cognitivas podem ser úteis na abordagem do paciente com TOC, principalmente nos que têm dificuldade para realizar os exercícios de exposição. A análise de suas crenças e regras pode torná-los mais motivados para o tratamento. Como terapêutica por si só, esse método ainda carece de estudos confirmatórios.

Referências

1. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
2. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Stuart; 1962.
3. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognit Ther Res* 1979;3:333-48.
4. Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:667-81.
5. Carr AT. Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychol Bull* 1974;81:311-8.
6. Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra RJ. Cognitive therapy versus exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cogn Ther Res* 1988; 12: 103-14.
7. Emmelkamp PMG, Beens I. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behav Res Ther* 1991;29:293-300.
8. Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32:79-87.
9. Freeston MH, Rheaume J, Ladouceur R. Connecting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996;34:433-46.
10. Van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:492-9.
11. Jones MK, Menzies RG. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers: a controlled trial. *Behav Res Ther* 1998;36:959-70.

Correspondência: Francisco Lotufo Neto
Rua Oliveira Dias, 345 – 01433-030 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: franciscolotufo@uol.com.br
