

Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias

Cema Cardona Gomes

Thiago Osório Comis

Rosa Maria Martins de Almeida

Resumo: O transtorno obsessivo-compulsivo submete o portador a um ciclo de pensamentos e comportamentos em busca de uma satisfação momentânea. Os sintomas são semelhantes, independente da faixa etária, e as repercussões se dão nos principais setores da vida dos acometidos por transtorno. Por isso, o tratamento é importante, auxiliando na amenização dos efeitos causados pelo TOC. Assim, o presente artigo, por meio de revisão teórica, teve por objetivo discutir sobre o transtorno e verificar se dentro das faixas etárias evolutivas existe diferenças nas características, repercussões e forma de tratamento, a partir da abordagem da terapia cognitivo-comportamental. Pôde-se concluir que o TOC apresenta algumas diferenças entre as faixas etárias, principalmente, relacionadas ao tipo de repercussões e a forma de tratamento do transtorno.

Palavras-chave: faixas etárias; transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental.

Obsessive-compulsive disorder in the different age groups

Abstract: The obsessive-compulsive disorder subjects the bearer to a cycle of thoughts and behaviors in search of a momentary satisfaction. The symptoms are similar, regardless of age, and the repercussions are given in the main sectors of life of affected by it. Therefore, treatment is important, assisting in alleviating the effects caused by OCD. Thus, this article by reviewing theoretical, aimed to discuss the disorder and verify that within age groups there is evolutionary differences in the characteristics, effects and manner of treatment, using the approach of cognitive behavioral therapy. It might be concluded that OCD presents some differences among age groups, mainly related to the type of impact and how to treat the disorder.

Keywords: age; obsessive compulsive disorder; behavior-cognitive therapy.

Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, TOC, passou a ser estudado e divulgado a partir da década de 80, embora exista e se manifeste há muitos anos (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Atualmente, é um transtorno que tem se mostrado comum, sendo estimado que, no Brasil, existam cerca de três a quatro milhões de indivíduos portadores (Kapczinski, Quevedo & Izquierdo, 2004).

As principais características do TOC são as obsessões e as compulsões, onde as obsessões são pensamentos, ideias ou sensações intrusivas, de cunho negativo e que causam muita angústia. Já as compulsões são comportamentos conscientes, padronizados e recorrentes, como as contagens, verificações e/ou evitações, que têm como função aliviar a tensão causada pelas obsessões (APA, 2003). Para o indivíduo com o distúrbio, um simples pensamento de tragédia desencadeia uma série de

comportamentos que visam garantir que tal não ocorra. Assim, por ter um senso de responsabilidade aumentado e distorcido, o indivíduo se sente angustiado por perceber que é incapaz de assegurar, a todo o momento, a segurança (Siev, Huppert & Chambless, 2010).

Os sintomas do transtorno podem se manifestar em qualquer idade e independem de classe social, porém tendem a acometer mais o sexo masculino, quando manifestado na infância, e quando manifestado na fase adulta acomete mais o sexo feminino, portanto, tende a ocorrer em homens mais cedo do que em mulheres (Campos, 2001). Sendo assim, a relação entre faixa etária e prognóstico é importante, pois quanto mais cedo o paciente apresentar os sintomas mais difícil pode ser o quadro, bem como as consequências por ele causadas (Cordioli, 2004).

Normalmente, as pessoas com TOC acabam tendo repercussões, pois essas acontecem em todas as faixas etárias e se concentram, principalmente, na vida familiar, social e produtiva dos acometidos por esse transtorno (Guedes, 2001). Nas crianças e nos adolescentes as maiores implicações são no desempenho escolar e, nos adultos, podem ocorrer perdas de emprego e separações conjugais (Barlow, 1999).

Até o momento ainda não foram esclarecidas as causas do TOC, entretanto, há evidências de que fatores de natureza biológica, psicológica e até mesmo ambiental possam fazer parte do seu surgimento (Kapczinski, Quevedo & Izquierdo, 2004). O TOC também é encontrado em pelo menos 50% dos pacientes que têm o transtorno de Tourette (transtorno neurológico caracterizado por tiques motores e vocais ao mesmo tempo). Além disto, está relacionado ao mesmo gene responsável pela expressão dos tiques, tais como: movimentos motores ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, estereotipadas e não rítmicas, em resposta a sensações subjetivas de desconforto (Rolak, 2001). Dos pacientes com TOC até 15% têm transtorno de Tourette, e dos pacientes com transtorno de Tourette 20% a 60% têm sintomas obsessivos e compulsivos, sendo esta uma das comorbidades mais comuns em todas as faixas etárias (Gonzales, 1999).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem como objetivo fazer o indivíduo perceber as aprendizagens errôneas e as crenças distorcidas que adquiriu ao longo da vida (Cordioli, 2004) e esse tratamento psicoterápico tem se mostrado mais eficaz para lidar com o TOC, que por meio da exposição e prevenção de resposta se baseia na relação entre obsessão e o aumento da ansiedade e compulsão e o alívio da ansiedade. A TCC faz uma exposição repetida do indivíduo ao estímulo aversivo, não deixando que ele execute a compulsão. Assim, por meio da habituação, faz com que a pessoa perceba que os rituais não são necessários para reduzir a ansiedade ou para evitar algum desastre (Rangé, 2003).

O tratamento combinado, ou seja, o uso de psicofármacos em conjunto com a terapia também se mostra eficaz, pois quando o medicamento é retirado do paciente a terapia serve como auxílio para que os sintomas não voltem. Porém, a medicação se faz necessária somente em casos mais graves, auxiliando o paciente a baixar o nível elevado de ansiedade e de sofrimento causados pelo transtorno (Prazeres, Marques, Souza & Fontenelle, 2007).

Transtorno obsessivo-compulsivo: caracterização geral

O TOC tem por característica ser um quadro em que se apresentam obsessões e/ou compulsões repetitivas causadoras de grande ansiedade. Geralmente, o TOC é crônico e suas causas podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial. Algumas vezes, também pode apresentar diferentes formas em relação aos subtipos, etiologia, apresentação clínica, curso, prognóstico e resposta a tratamentos (Knapp, 2004).

Tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2003) quanto o Código Internacional de Doenças (OMS, 2003) utilizam os mesmos critérios diagnósticos para todas as faixas etárias (Rangé, 2003). Portanto, o diagnóstico do TOC é clínico, não existindo nenhum exame laboratorial ou radiológico da doença (Kaplan, Sadock & Greeb, 2003). A necessidade para preencher critérios de TOC é que os pensamentos sejam percebidos pelo paciente como de procedência interna (Caballo, 1999). Esse aspecto é um diagnóstico diferencial importante do TOC com a esquizofrenia, pois quadros como o da esquizofrenia referem que os pensamentos foram colocados na cabeça por um agente externo (Ito, 1998). Entretanto, segundo Buckley, Miller, Lehrer e Castle (2009) 23% dos esquizofrênicos apresentam o transtorno obsessivo-compulsivo como comorbidade.

Porém, Leckman e cols. (2010) acreditam ser importante rever a nosologia do TOC, avaliando se mudanças nos critérios diagnósticos, bem como nos subtipos e especificadores da doença, poderiam melhorar a eficácia diagnóstica e sua utilidade clínica. Desta forma, os autores avaliaram os critérios diagnósticos já existentes e realizaram uma busca, nas bases de dados, sobre o assunto. Assim, estabeleceram algumas considerações para o DSM-V, que são: definição mais clara e simplificada das obsessões e compulsões (critério A), a exclusão da exigência de que as pessoas reconheçam que as suas obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais (critério B), a reconsideração do critério de significância clínica (critério C) e uma listagem de transtornos adicionais para auxiliar no diagnóstico diferencial (critério D). Além disto, uma reconsideração em relação ao critério de exclusão médica (critério E), um maior esclarecimento do que se entende por condição médica geral e uma revisão nos especificadores do transtorno, são algumas das recomendações dos autores.

Em relação aos sintomas do TOC, as obsessões podem apresentar-se como pensamentos, ideias, impulsos, imagens ou cenas que invadem a consciência de forma repetitiva, persistente e estereotipada. Estas podem variar devido a cultura, pois o conteúdo das obsessões, normalmente, reflete as preocupações com o meio em que o indivíduo está inserido. As obsessões são subjetivas e tendem a ficar fixadas na consciência, não sendo fácil removê-las (APA, 2003). Desta forma, não basta um simples aconselhamento nem a decisão do sujeito de não ter mais os pensamentos. Necessita-se de um tratamento feito por profissionais capacitados para que o indivíduo consiga administrar seus sintomas (Rangé, 2003), pois indivíduos que ainda não estão sob acompanhamento se utilizam das compulsões como método de diminuir ou neutralizar o desconforto, o que acaba por virar um ciclo de obsessões e compulsões diárias (Kaplan, Sadock & Greeb, 2003).

As compulsões podem ser as mais diversas e incluem as verificações, contagens, limpezas excessivas, repetições de atitudes, necessidade exagerada de colocar objetos em

ordem, dentre outros. Entretanto, além das compulsões com comportamentos manifestos existem as compulsões via atos mentais, que se apresentam como pensamentos compulsivos não manifestos, tais como: rezar, contar e/ou tentar anular as obsessões com palavras ou frases (Kapczinski, Quevedo & Izquierdo, 2004). Identificar a dimensão dos sintomas obsessivos e compulsivos do transtorno é importante para que tratamentos clínicos possam se tornar mais eficazes (Matsunaga, Hayashida, Kiriike, Maebayashi & Stein, 2010).

Um fator que pode agravar o transtorno é o fato de existirem comorbidades, ou seja, outro transtorno associado ao TOC. Estas podem se apresentar em qualquer faixa etária como mais um transtorno de ansiedade ou, até mesmo, do espectro obsessivo-compulsivo. Fazem parte do espectro: a tricotilomania (arrancar os próprios cabelos e pelos constantemente), a dermatotilexomania (cutucar excessivamente a pele), os tiques, a síndrome de Tourette (tiques motores e vocais), o transtorno dismórfico corporal (percepção errônea e exagerada sobre sua aparência física) e o comprar compulsivo (Miranda & Bordin, 2001; Tavares, Lobo, Fuentes & Black, 2008).

Além desses, é comum encontrarmos outros transtornos associados, como os transtornos do humor (depressão), o abuso e dependência de substâncias e os transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia. As comorbidades prejudicam o curso e a qualidade de vida de quem tem o transtorno, além disso, interferem na evolução, no prognóstico e também na procura por atendimento especializado (Corchs & cols., 2008). Em relação ao tempo de instalação dos transtornos comórbidos foi constatado que os transtornos de ansiedade, principalmente, as fobias, antecedem a instalação do TOC, os transtornos do humor acompanham ou mais frequentemente sucedem o TOC e os transtornos de abuso e dependência de substâncias sucedem o TOC (Miranda & Bordin, 2001).

O transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias

O TOC, em relação à faixa etária, pode se apresentar de diferentes formas e é mais prevalente em algumas idades, sendo mais comum o aparecimento dos primeiros sintomas no final da adolescência. Algumas vezes, pode iniciar na infância, mas dificilmente após os 40 anos, ou seja, na meia idade. A prevalência do TOC, em relação à faixa etária, é de 0,7% na infância e adolescência e, nesta fase, tende a se manifestar mais no sexo masculino do que no feminino. Pode ser mais grave em meninos, quando inicia antes dos 10 anos e em meninas com aparecimento após essa idade (Kapczinski, Quevedo & Izquierdo, 2004).

Já nos adultos a prevalência é de 0,3% a 2,2% e tende a se manifestar mais nas mulheres do que nos homens, tendo as mulheres, muitas vezes, somente as obsessões (Torres & Lima, 2005). Além disto, nessa fase, a incidência do transtorno é maior em pessoas com conflitos conjugais, divorciados, separados e desempregados, podendo o estresse ser considerado um agravante para o TOC (Prazeres & cols., 2007).

Quando o transtorno se manifesta na infância e na adolescência as repercussões, geralmente, acontecem mais a nível escolar, ocasionando um declínio no rendimento devido a diminuição da capacidade de concentração e da atividade social, podendo levar

o indivíduo a se distanciar de amigos e familiares (Bédard, Joyal, Godbout & Chantal, 2009; Prazeres & cols., 2007). Segundo Lewin, Caporino, Murphy, Geffken e Storch (2010) os sintomas responsáveis pelo comprometimento funcional, nestas faixas etárias, são a baixa percepção, o excessivo senso de responsabilidade, a indecisão, a lentidão generalizada e um sentido de responsabilidade excessivo.

Estes sintomas, geralmente, são observados em casa, pois os indivíduos sentem vergonha de fazer os rituais na frente de estranhos. Portanto, é importante que os pais fiquem atentos a certas alterações de comportamentos, tais como: problemas dermatológicos ocasionados por inúmeras lavagens do corpo; utilização de tempo maior que o normal para a realização de tarefas rotineiras; gasto excessivo de sabão; arrumação excessiva de brinquedos ou outros objetos; buracos nos cadernos e livros ocasionados por apagar seguidamente e medo exagerado de que algo de ruim possa acontecer a alguém da família. Esses sintomas podem ser pistas importantes para detectar o TOC (Rangé, 2003).

Ainda assim, é importante salientar que, na infância, existem certos rituais, repetições e superstições que são comuns e característicos desta fase. Crianças de dois a quatro anos de idade, principalmente, costumam apresentar uma intensificação de comportamentos repetitivos. Os rituais mais comuns nestas fases acontecem, geralmente, na hora de dormir, comer e de tomar banho. As crianças costumam pedir a repetição de histórias, gostam dos alimentos organizados no prato, só tomam banho se estiverem com um determinado brinquedo, dentre outros. A partir dos seis anos, os rituais se manifestam nas brincadeiras em grupos, onde os jogos passam a ter regras rígidas e as coleções dos mais variados objetos aparecem com frequência, além das superstições que também são comuns desta fase (Campos & Mercadante, 2000).

Porém, esses rituais e superstições não são TOC, pois não interferem no funcionamento da criança e dão a ela uma sensação de controle sobre a imprevisibilidade dos eventos da sua vida. Entretanto, mesmo que não tenham a mesma frequência e intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, estes comportamentos podem ser confundidos com o transtorno. Desta forma, é importante reconhecer, quando esses rituais e superstições tornam-se patológicos, ou seja, quando as crianças passam a precisar de ajuda. Para fazer essa diferenciação deve-se considerar a faixa etária, a duração dos comportamentos, a intensidade e a interferência ou não dos sintomas nas atividades e no desenvolvimento da criança (Campos & Mercadante, 2000). A identificação precoce do TOC é essencial para um bom funcionamento psicossocial e uma melhor qualidade de vida (Sturm, 2008).

Quando um adulto tem TOC, as repercussões podem se tornar mais prejudiciais, pois estes, muitas vezes, têm que trabalhar para sustentar uma família e possuem obrigações e responsabilidades que dependem do seu bem-estar mental. Sendo assim, devido ao tempo que os sintomas ocupam na vida do portador podem ocorrer demissões de empregos, separações e até mesmo dificuldades de sair de casa (Cordioli, 2004). Além do impacto na profissão do paciente, a família também sofre com os sintomas do TOC, pois chega a alterar rotinas e exigir adaptações aos sintomas. Os portadores do transtorno, normalmente, obrigam os demais membros da família a fazer o mesmo que eles, chegando a impedir o uso de sofás, camas, roupas, toalhas, louças e talheres, bem como o acesso a determinados

locais da casa. Assim, os cuidados excessivos, as exigências e os medos exagerados nem sempre são compreendidos ou tolerados pelos demais, provocando discussões e atritos, fazendo com que a qualidade de vida da família diminua (Torresan, Smaira, Cerqueira & Torres, 2008).

Devido a proporção que estes sintomas ganham na vida de uma pessoa, algumas destas podem ficar totalmente impossibilitadas de sair de casa, ou perder a crítica em relação a si mesmos, diminuindo a probabilidade de aceitarem tratamento. A cronicidade do transtorno também favorece uma situação em que os familiares acabam se adaptando aos sintomas e exigências do paciente no dia a dia para evitar conflitos e por percebem que isso traz um alívio, pelo menos imediato, a eles (Torres & Prince, 2004). Mas, pelo fato de não conhecerem como os sintomas se estruturam e não saberem como lidar com esses, não percebem que isto reforça, cada vez mais, esses comportamentos. Portanto, a busca de ajuda especializada é de extrema importância (Niederauer, Braga, Souza, Meyer & Cordioli, 2007).

Tratamento cognitivo-comportamental para o TOC

O TOC, há tempos atrás, dispunha de poucos recursos efetivos para o seu tratamento, porém, atualmente, já dispõe de um bom repertório e cerca de 70% dos pacientes tratados conseguem reduzir ou até mesmo eliminar seus sintomas por completo (Cordioli, 2004). A terapia cognitivo-comportamental e/ou a farmacoterapia são as formas que se mostraram mais eficazes para trabalhar com o TOC (Cordioli, 2004; Dobson, 2006; Knapp, 2004; Mitsi, Da Silveira, & Costa, 2004; Muris & Broeren, 2010; Rangé, 2003).

Entretanto, são comuns revisões de caráter científico apontarem para a necessidade de adequação entre as características do paciente e as características do tratamento, na tentativa de evitar o mito comum da uniformidade entre os indivíduos. Portanto, embora na literatura não esteja explícito que existem diferenças significativas do tratamento cognitivo-comportamental em crianças, adolescentes e adultos, algumas considerações devem ser levantadas (Dobson, 2006).

Nas crianças e adolescentes, as técnicas utilizadas por terapeutas cognitivo-comportamentais podem parecer sem significação, devido a dificuldade da criança e/ou adolescente de compreender o sentido e objetivo da técnica. Além disto, crianças muito pequenas podem ficar intimidadas pelos procedimentos utilizados pelo terapeuta cognitivo-comportamental, sendo importante que o profissional proporcione informações adequadas aos pais e filhos sobre o propósito e o uso adequados de uma técnica (Dobson, 2006).

Porém, para todas as faixas etárias, a terapia permanece focada no problema, ativa e orientada ao objetivo (Friedburg & McClure, 2004). A diferença aparece em relação à procura de ajuda. Quando se atende uma criança, não é essa quem busca a ajuda, mas algum responsável, pelo fato desta estar criando problemas para algum sistema, seja este família, escola ou outro. Desta forma, o terapeuta acaba dependendo da vontade e interesse dos pais de levar a criança ao atendimento e que estes também não interrompam o tratamento, pois, nesta faixa etária, é muito importante a participação e o apoio da família (Asbahr, 2004). Um estudo feito por Merlo, Lehmkuhl, Geffken e Storch (2010)

identificou que a acomodação da família pode ser um obstáculo ou um preditor de uma não adesão ao tratamento, bem como de resultados negativos no tratamento.

Segundo Knapp (2004), a terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo é um tratamento, geralmente, breve e segue as seguintes etapas: avaliação do paciente e indicação do tratamento; motivação do paciente; informações psicoeducativas e estabelecimento da relação terapêutica; treinamento na identificação dos sintomas; listagem e hierarquização dos sintomas pelo grau de aflição associada; sessões de terapia; técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta; modelação; estratégias especiais para o tratamento de obsessões; técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais; prevenção de recaída, alta e terapia de manutenção.

De acordo com as etapas citadas acima, primeiro é feito a avaliação do paciente, realizada através de uma entrevista semiestruturada que tem por objetivo identificar os sintomas obsessivo-compulsivos e as manifestações do TOC (obsessões, rituais, rituais mentais, dentre outros). Após essa avaliação o terapeuta julga a capacidade do paciente de suportar a ansiedade e se certifica de que ele está disposto a fazer o tratamento corretamente, pois a colaboração do paciente é de extrema importância no processo, assim como, a da família. Por este motivo, são fornecidas informações a respeito do transtorno para ambos (Knapp, 2004).

O paciente, de posse dessas informações, tem maior facilidade na hora de identificar seus sintomas e perceber quando um comportamento é normal e quando ele faz parte do transtorno. Assim, no momento em que o paciente consegue fazer esse reconhecimento, inicia a construção de uma lista contendo as situações ansiogênicas, colocando em primeiro lugar as que causam menos ansiedade até chegar às situações de maior ansiedade. Essa lista é chamada de diário e é elaborada pelo próprio paciente. Nela também vão estar presentes a situação em que os sintomas ocorrem (obsessões e compulsões) e a duração destes, sendo este diário muito útil na fase inicial e servindo como um guia para o planejamento e a avaliação do progresso do tratamento (Rangé, 2003).

Após essa primeira etapa se utiliza a técnica de exposição e prevenção de resposta fazendo com que o indivíduo mantenha a obsessão (pensamento) e permaneça com essa ideia no consciente, sem executar a compulsão. Desta forma, o paciente se habitua às suas obsessões e percebe que a ansiedade passa, sem que seja preciso executar a compulsão (Rangé, 2003). O terapeuta também pode ajudar o paciente fazendo uma demonstração, por exemplo, se o paciente acredita que vai ser contaminado quando tocar na maçaneta da porta e, por isso, tem que ir rapidamente lavar as mãos, o terapeuta irá tocar na maçaneta da porta e não lavará suas mãos, para que, pelo método da observação o paciente possa constatar que ele não será contaminado e que sua obsessão não condiz com a realidade (Knapp, 2004).

Segundo a terapia cognitivo-comportamental, essas obsessões podem ocorrer devido a crenças disfuncionais, que são pensamentos absolutistas a respeito de nós mesmos, a respeito dos outros e/ou do mundo (Greenberger & Padesky, 2007). Segundo Knapp (2004) essas crenças podem ser corrigidas através do questionamento socrático, dos quais fazem parte algumas questões como: 1) Que evidências eu tenho de que o que

passa pela minha cabeça ou os meus medos tem algum fundamento? E que evidências são contrárias? 2) Existe uma explicação alternativa para isso? 3) Meus medos têm como base alguma prova real, ou ocorrem porque eu tenho TOC? O que é mais provável? 4) O que fulano diria sobre meus medos? 5) Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes? 6) Qual é a crença errônea?

Após a realização de todas essas etapas e com a maioria dos sintomas do paciente eliminados, o tratamento chega à fase final, na qual as sessões passam a ser menos frequentes, numa periodicidade quinzenal e, sequencialmente, é dada alta. Nesta fase também é explicado que pode haver momentos onde os sintomas reincidam e que isso tende a ocorrer por distração ou falha nas estratégias de autocontrole. Porém, nesta etapa, o paciente já tem ferramentas para lidar com esta questão (Knapp, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental para indivíduos com TOC também pode ser realizada em grupo, Fenger, Mortensen, Rasmussen e Lau (2007) desenvolveram um manual para o tratamento cognitivo-comportamental em grupo de pacientes com TOC, onde 24 indivíduos de uma população clínica participaram. Os autores verificaram que houve uma melhora significativa nos indivíduos que fizeram parte da terapia em grupo, porém ressaltam a importância de estudos longitudinais para a observação da resposta ao tratamento a longo prazo.

Quando o tratamento necessita de uma intervenção medicamentosa, essa é feita com antidepressivos, pois são inibidores da recaptação de serotonina (IRS) e possuem uma ação antiobsessiva. Os mais indicados são: Fluvoxamina (Luvox), Sertralina (Zoloft, Tolrest), Fluoxetina (Prozac, Psiquial, Verotina, Deprax, etc.), Paroxetina (Aropax, Pondera), Clomipramina (Anafranil) e Citalopran (Cipramil) (Cordioli, 2005). Para o uso em crianças, as medicações mais indicadas são a clomipramina, a fluvoxamina e a sertralina. No caso da clomipramina, deve haver um monitoramento cardíaco criterioso e devem-se evitar interações com determinados antibióticos (Campos & Mercadante, 2000).

As medicações devem ser mantidas por, pelo menos, três meses em dose máxima para avaliação de sua eficácia. Após seis meses, caso os sintomas estejam controlados, faz-se uma redução da dosagem e, após dezoito meses, tenta-se a suspensão. A medicação deve ser retirada lentamente, reduzindo 25% a cada dois meses. Frente à comorbidade com o transtorno de tiques ou à má resposta aos IRS, deve-se considerar a potencialização com neurolépticos (Campos & Mercadante, 2000).

Cordioli (2004) ressaltou que o uso das medicações é necessário quando: os sintomas obsessivo-compulsivos são muito graves; predominam obsessões; existem comorbidades; sintomas graves de ansiedade ou depressão estão presentes; as convicções sobre as obsessões e a necessidade de realizar rituais são muito fortes ou muito rígidas; houve insucesso em tentativas de realizar TCC anteriormente; o paciente não adere aos exercícios. Embora o uso de medicação, em alguns casos, seja de extrema importância, é recomendável que este seja feito concomitante à terapia cognitivo-comportamental, pois esta também melhora os sintomas obsessivo-compulsivos e diminui o risco de recaída após a retirada da medicação, devendo ser considerada como tratamento de primeira escolha (Campos, 2001).

Considerações finais

Este estudo, de caráter teórico, levantou informações a respeito do transtorno obsessivo-compulsivo, apresentando suas características – psicogênicas e biológicas – suas repercussões, manifestações e formas de tratamento nas diferentes faixas etárias. Também foi investigado se as peculiaridades sintomáticas, correspondentes às diferentes faixas etárias, repercutem no tipo de tratamento a ser realizado, no que se refere aos procedimentos psicoterapêuticos, conforme os pressupostos da abordagem da terapia cognitivo-comportamental.

Isto proporciona que familiares de portadores do TOC e a comunidade em geral compreendam mais sobre o transtorno, aprendam a lidar com os sintomas e consigam evitar os problemas decorrentes da doença. Além disto, um maior entendimento também pode auxiliar na procura de ajuda especializada. Os indivíduos com TOC, muitas vezes, deixam de buscar auxílio especializado e um melhor esclarecimento de tal transtorno pode favorecer a tomada de decisão, evitando que esse se prolongue e evolua de forma a prejudicar a qualidade de vida.

O TOC é uma doença extremamente aprisionadora, que submete seu portador a uma série de pensamentos catastróficos e impulsos angustiantes na busca de uma não concretização destes pensamentos. Só que esta é uma busca sem fim, pois quanto mais a pessoa tem estes pensamentos e comportamentos mais eles tendem a aumentar, o que gera ansiedade e um grande sofrimento psicossocial. Além disto, o TOC é uma doença cujo(s) determinante(s) e origem(s) ainda não foram totalmente especificados, tende à cronicidade e se apresenta de forma diferente em cada pessoa, o que pode acabar mascarando e confundindo a manifestação de sua sintomatologia e, conseqüentemente, dificultando o seu diagnóstico (Torres & Smaira, 2001).

Em relação aos sintomas do transtorno, foi verificado que estes mantêm um padrão e, independente da idade, se manifestam dentro de quatro grandes categorias: compulsões de limpeza, verificações, obsessões puras (pensamentos repetitivos, disruptivos e de conteúdo sexual agressivo) e lentidão obsessiva primária (necessidade de externalizar com precisão tudo o que é feito, o que toma um tempo considerável). Além disto, constatou-se que, em todas as faixas etárias, estes sintomas geram repercussões na capacidade produtiva, na vida familiar e no convívio social, ou seja, nas instâncias principais da vida de um indivíduo (Rangé, 2003).

Assim, devido ao fato do TOC ser uma doença que mantêm um padrão, tanto em seus critérios diagnósticos, quanto na manifestação de seus sintomas, provavelmente tenha se mantido também um padrão na forma de tratamento. O que se observa em relação a isto, é que a terapia cognitivo-comportamental mantêm a mesma forma de procedimento para todas as idades, o que sugere que ainda não tenham sido desenvolvidos modos diferenciados para atender adultos e crianças. Estas ainda não têm a capacidade egodistônica desenvolvida, tendo maiores dificuldades em relatar e descrever seus sintomas (Da Matta, 2007), sugerindo um largo campo de investigação em relação a tratamentos que poderão ajudar de forma mais eficaz esta população.

A terapia cognitivo-comportamental é composta de passos que requerem participação ativa e um grau de compreensão dos sintomas, acredita-se que esta proporcione um melhor

aproveitamento por parte dos adultos devido a capacidade de compreensão que, em princípio, estes devem possuir. Em relação aos adultos, pôde-se perceber que o tratamento se mostra bastante qualificado, obtendo bons resultados na cura e amenização de sintomas, podendo ser inferido que portadores de TOC, em idade madura, aumentam as chances de um melhor desempenho no processo de tratamento.

Entretanto, as crianças também poderiam ser beneficiadas com esta forma de psicoterapia, desde que fossem efetivadas num “*setting*” adequado. Isto implicaria em formas de atendimento diferenciadas para elas, proporcionando condições para que também consigam ter um aproveitamento melhor do tratamento cognitivo-comportamental. Este tratamento poderia conter formas lúdicas de abordagem, procedimento que pode facilitar o envolvimento da criança com as outras técnicas e metas da terapia cognitivo-comportamental. Desta forma, a criança consegue se comunicar de forma melhor e o terapeuta pode ter uma maior compreensão dos sintomas. Assim, métodos mais precisos para o diagnóstico, tratamentos mais eficazes e instrumentos mais adequados para monitorar o progresso durante o tratamento desta faixa etária ainda são necessários (Berman & Abramowitz, 2010).

Outra sugestão providencial decorrente deste levantamento teórico é a possibilidade deste conhecimento poder contribuir para a realização de maior divulgação em relação ao TOC para a população geral. A partir de maiores esclarecimentos sobre esta patologia poderão ser evitadas maiores implicações do transtorno na vida do portador e dos que convivem com ele, pois estes saberão como lidar melhor com estes indivíduos e seus respectivos sintomas. Além disto, um melhor esclarecimento sobre estas sintomatologias também serve para evitar que elas se agravem. Vale ressaltar que esta é uma doença que não se instala aos poucos e que tende a piorar com o tempo, desta forma, quanto mais cedo for buscado um auxílio especializado melhores serão as chances de sucesso no tratamento.

Referências

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 1-7.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre, Artmed.
- Bédard, M. J., Joyal, C. C., Godbout, L., & Chantal, S. (2009). Executive functions and the obsessive-compulsive disorder: On the importance of subclinical symptoms and other concomitant factors. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, 585-598.
- Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). Recent developments in the assessment and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Youth Care Forum*, 39, 125-127.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.

- Caballo, V. (1999). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.
- Campos, M. C. (2001). Peculiaridades do transtorno obsessivo compulsivo na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 1-7.
- Campos, M. C., & Mercadante, M. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 1-8.
- Corchs, F., Corregiari, F., Ferrão, Y., Takakura, T., Mathis, M. E., Lopes, A. C., Miguel, E. C., & Bernik, M. (2008). Traços de personalidade e resposta terapêutica no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 246-250.
- Cordioli, A. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo comportamental para pacientes e terapeutas*. São Paulo, Artmed.
- Cordioli, A. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre, Artmed.
- Da Matta, R. M. (2007). A utilização da terapia do *sandplay* no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo. *Boletim de Psicologia*, 57(127), 153-164.
- Dobson, K. (2006). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre, Artmed.
- Fenger, M. M., Mortensen, E. L., Rasmussen, J., & Lau, M. (2007). Group therapy with OCD-development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. *Nordic Psychology*, 59(4), 332-346.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre, Artmed.
- Gonzales, C. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 31-34.
- Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 65-67.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (2007). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre, Artmed.
- Hounie, A.G., Brotto, S.A., Diniz, J., Chacon, J., & Miguel, E.C. (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo: Possíveis subtipos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 13-16.
- Ito, L. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kapczinski, F., Quevedo, J., & Izquierdo, I. (2004). *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre, Artmed.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Greeb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel, E. C., Rauch, Scott L., Goodman, W. K., Phillips, K. A., , Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507-527.

- Lewin, A. B., Caporino, N., Murphy, T. K., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Understudied clinical dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Develop*, 41, 675-691.
- Matsunaga, H., Hayashida, K., Kiriike, N., Maebayashi, K., & Stein, D. J. (2010). The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 180, 25-29.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355-360.
- Miranda, M., & Bordin, I. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 1-11.
- Mitsi, C. A., Da Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2004). Treinamento de habilidades sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1).
- Muris, P., & Broeren, S. (2010). Twenty-five years of research on childhood anxiety disorders: Publication trends between 1982 and 2006 and a selective review of the literature. *Journal Child Fam Stud*, 18, 388-395.
- Niederauer, K., Braga, D. T., Souza, F. P., Meyer, E., & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 1-8.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prazeres, A., Marques, A., Souza, W., & Fontenelle, L. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 1-14.
- Rangé, B. (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.
- Rolak, L. (2001). *Segredos em neurologia*. Porto Alegre, Artmed.
- Siev, J., Huppert, J. D., & Chambless, D. L. (2010). Obsessive-compulsive disorder is associated with less of a distinction between specific acts of omission and commission. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 893-899.
- Sturm, R. (2008). Obsessive-compulsive disorder in children: The role of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 393-401.
- Tavares, H., Lobo, D. S., Fuentes, D., & Black, D. (2008). Compras compulsivas: uma revisão e um relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 516-523.
- Torres, A. S., & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242.
- Torres, A. S., & Prince, M. (2004). A importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 141-142.

Torres, A. S., & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 6-9.

Torresan, R., Smaira, S., Cerqueira, A., & Torres, A. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.

Recebido em 24/04/2010

Aceito em 22/11/2010

Cema Cardona Gomes: Mestre em Psicologia – UNISINOS- RS.

Thiago Osório Comis: Graduando em Psicologia – UNIFRA (Santa Maria-RS).

Rosa Maria Martins de Almeida: Pós-Doutora – Tufts University (USA).

Endereço para contato: rosa_almeida@yahoo.com ou rosa.almeida@ufrgs.br