



**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

Rafaella Leite Micheletti *

Daniela Soares Rodrigues **

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo oferecer o conhecimento mais amplo sobre o melhor tratamento psicológico disposto atualmente, sendo este o recurso terapêutico com a abordagem da terapia cognitivo-comportamental, para indivíduos que tenham o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Foi mencionado sobre o que se refere a terapia cognitiva e brevemente sobre o seu desenvolvimento, assim como também os critérios diagnósticos, prevalência e gravidade do transtorno. Constitui-se como a metodologia por meio de revisões de artigos e livros bibliográficos, sendo citados os autores como Cordioli (2007), Torres e Prince (2004) e também Beck (2013), para o desenvolvimento do artigo. Nos resultados é realçado que a terapia cognitivo-comportamental se revela como uma prática eficaz para o tratamento do transtorno em pacientes que aderem ao tratamento de maneira eficiente, se tornando assim a maior demonstração de humanismo da prática psicológica para a sociedade. E destacando como instigações futuras, o crescimento de estudos e práticas por uma busca de fundamentações para os pacientes que se mostram resistentes a adesão das intervenções expostas e então um possível desenvolvimento de novas estratégias também efetivas para que seja proporcionado os resultados esperados.

Palavras-chave: Psicoterapia; Terapia cognitivo-comportamental; Tratamento; Transtorno obsessivo-compulsivo.

ABSTRACT

This current work focus is to offer the broadest knowledge about the best available psychological treatment, through the therapeutic resource of cognitive-behavioral therapy approach. In this article there is also a mention regarding the cognitive therapy and a briefly

* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO.

** Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVER, e Pós Graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá.

account about its development, as well as the diagnostic criteria, prevalence and disorder severity. The methodology in this study is constituted through reviews of articles and bibliographical books, being quoted authors as Cordioli (2007), Torre and Prince (2004) and Beck (2013), as well, for the article development. From the results it is highlighted that cognitive-behavioral therapy reveals itself as an effective practice for the treatment of the disorder in patients who adhere to the treatment efficiently. Consequently, this therapy becomes the biggest demonstration of humanistic psychological practice for society. Therefore, highlighting future instigation as the development of studies and practices for a broader scientific research, addressing patients who show themselves resistant to the adhesion of the exposed interventions and the possible development of new strategies that are also effective so that the expected results are achieved.

Keywords: Psychotherapy, Therapy Cognitive-Behavioral; Treatment; Obsessive-Compulsive Disorder

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se o conceito de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (2013, p. 1) Tendo esse trecho como explicação, é deduzido que vai estar implicado o bem-estar físico, psicológico, social, emocional e espiritual do sujeito, porém esse bem-estar pode ser afetado quando se é diagnosticado com algum transtorno mental, por exemplo, dentre outras condições.

Portanto inicialmente deve-se levar em consideração que como critério diagnóstico para qualquer transtorno mental existente é necessário que se faça presente uma frequência considerável, assim como intensidade e um prejuízo clinicamente significativo para o paciente para isto ser classificado como tal, dessa forma, será tratado no decorrer deste artigo excepcionalmente sobre o transtorno obsessivo-compulsivo e tendo como tratamento a terapia cognitivo-comportamental.

É natural quando um individuo tem comportamentos de evitações e preocupações, como fechar a porta quando sair de casa, conferir se fechou as

janelas, lavar as mãos antes se alimentar, fazer contagens mentalmente quando preciso, etc., pois são práticas funcionais, porém quando esses hábitos são executados de maneiras repetidas e compulsivas em um curto espaço de tempo, tornam-se excessivos, e pelo fato do sujeito dedicar-se muito tempo executando certas atividades e/ou tendo tais preocupações, desse modo acaba lhe causando prejuízos no cotidiano e nas rotinas.

No entanto, será possível situar dentro desse contexto, o conceito da terapia cognitivo-comportamental, de que forma ela se apresenta atualmente como o tratamento ideal para o TOC, assim como também quais são os sinais e sintomas do transtorno discutido e a relação de ambos os conteúdos.

E o tratamento se faz extremamente necessário porque é sabido que sem as intervenções corretas as taxas de remissão em adultos se apresentam baixas, na literatura. Da mesma maneira, que o curso do transtorno quando não tratado é em geral crônico, bem como se apresenta com os sintomas aumentados e a intensidade diminuída. E partindo para questões de prevalência, o transtorno obsessivo-compulsivo é vigente a nível mundial.

Faz-se presente no desenvolver do artigo elaborado, como método a pesquisa bibliográfica, o que se torna efetiva pelo fato de que atualmente é inteiramente possível encontrar diversas literaturas sobre tais conceitos, assim como, maneiras efetivas de recursos terapêuticos, tornando-se evidente e necessária a prática profissional de psicologia para tal estudo e tratamento.

Posto isto, será descrito no corpo do artigo as devidas intervenções e técnicas da TCC por intermédio da prática da psicologia para que assim seja totalmente possível oferecer um tratamento de qualidade, baseado em evidências científicas para os indivíduos que tenham o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, e assim, se tornando possível a entrega de resultados para os mesmos e diminuição do sofrimento fazendo com que seja o que há de mais humano, cuidadoso e empático na conduta profissional.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Por volta de 1950 e início da década de 1960, Aaron T. Beck proporcionou mudanças significativas e essenciais para o campo da saúde mental, o mesmo que era professor assistente de psiquiatria da Universidade de Pensilvânia, empenhou-se constantemente a produzir uma série de experimentos que pudesse comprovar suas teorias após algumas sessões de psicoterapia onde o mesmo atendia como psicanalista. (BECK, 2013)

Sua ideia inicial foi testar em pacientes depressivos o nível de hostilidade que os mesmos tinham para si e esse experimento foi realizado através da avaliação dos sonhos, porém, para a surpresa do Dr. Beck, os temas dos sonhos de seus pacientes eram mais conceitualizados de perdas, fracassos e privação, do que a própria hostilidade, o que era bem parecido com a realidade enquanto acordados, a partir disso A. Beck percebeu que sua ideia psicanalista de que os pacientes têm a necessidade de sofrer poderia estar incorreta. Então foi aí que surgiu o questionamento que como a depressão poderia ser explicada se não pelos conceitos da psicanálise. (BECK, 2013)

Em meio a suas consultas, Dr. Beck passou a perceber duas perspectivas sobre os relatos dos pensamentos de seus pacientes, uma era com a perspectiva vinda da associação livre a outra era dos pensamentos rápidos e automáticos que dizia muito sobre a própria pessoa. Entende-se que então, esse foi o ponto crucial para uma parte do entendimento do comportamento disfuncional, a partir daí Beck passou a questionar seus pacientes deprimidos e notou-se que todos tinham pensamentos automáticos negativos, ou seja, pensamentos desorganizados que aconteciam de maneira involuntária e que ligava de maneira direta com as emoções. Tendo consciência disso, ele passou a ajudar os pacientes a identificar, avaliar e modificar esses pensamentos desadaptativos. (BECK, 2013)

Começou então a ensinar seus alunos da Universidade de Pensilvânia a aplicar essa técnica como forma de tratamento e foi aí que os residentes também notaram o resultado efetivo da mesma e que os pacientes respondiam de maneira satisfatória. A. John Rush, médico psiquiatra e residente-chefe propôs a A. Beck uma pesquisa científica sobre o tratamento da terapia cognitiva, depois disso foi realizado um estudo clínico randomizado e em 1977 foi comprovado a eficácia do tratamento para os pacientes com depressão pelo viés da terapia cognitiva, a qual até teve seus benefícios comparados com a medicalização de um antidepressivo

comum e se mostrou tão eficiente quanto. E então se mostrou ser um estudo grandioso. (BECK, 2013)

Por tanto, esclarecendo de maneira compreensível, a terapia cognitiva como foi denominada por Aaron Beck ou Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC como é bastante visto na literatura e também um termo utilizado por parte dos profissionais, é aplicada como uma psicoterapia estruturada, de curta duração e com foco no presente. A intervenção vai ter como objetivo a solução de problemas atuais e modificações de pensamentos e comportamentos disfuncionais, o tratamento também vai ser construído de acordo com a conceitualização de cada paciente (crenças específicas e padrões de comportamentos) visando de tal maneira as melhores técnicas e métodos a serem utilizados, o psicólogo vai executar maneiras para que seja possível uma mudança cognitiva e para que essa tenha essa modificação emocional e comportamental de forma duradoura para paciente, proporcionando até mesmo o que ele se torne seu próprio terapeuta. (BECK, 2013)

Vale ressaltar que a TCC pode ser aplicada em pessoas com diferentes tipos de educação e renda, variando também em quesitos de sexo, cultura e idade, podendo ser adaptada para crianças, assim como para pacientes de idade mais avançada. Pode ser utilizado como método terapêutico em diferentes contextos como escolar, organizacional, clínica, saúde, sistemas carcerários entre outras áreas. E sua aplicação pode ser disposta em modo individual, casal, grupo ou família. (BECK, 2013)

Desse modo, desde a época que Aaron Beck e outros pesquisadores se empenharam sobre a terapia cognitiva e suas técnicas e tiveram como comprovada cientificamente a eficácia da mesma, a terapia teve sucesso na adaptação para a população de forma admirável e um amplo alcance em quesitos de transtornos e problemas mentais, tendo isso em mente, segue na tabela 1 exemplos de transtornos mentais que tem fundamentado como melhor tratamento para a comunidade a Terapia Cognitivo-Comportamental. (BECK, 2013)

TABELA 1. Lista Parcial de Transtornos Tratados com Sucesso pela Terapia Cognitivo-comportamental.

Transtornos psiquiátricos	Problemas psicológicos	Problemas médicos com componentes psicológicos

Transtorno depressivo maior	Problemas conjugais	Dor lombar crônica
Depressão geriátrica	Problemas familiares	Crises de dor da anemia
Transtorno de ansiedade generalizada	Jogo patológico	Enxaqueca
Ansiedade geriátrica	Luto complicado	<i>Tinnitus</i> (Zunido)
Transtorno de pânico	Angústia do cuidador	Dor do câncer
Agorafobia	Raiva e hostilidade	Transtornos somatoformes
Fobia social		Síndrome do intestino irritável
Transtorno obsessivo-compulsivo		Síndrome da fadiga crônica
Transtorno da conduta		Dor de doença reumática
Abuso de substância		Disfunção erétil
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade		Insônia
Ansiedade pela saúde		Obesidade
Transtorno dismórfico corporal		Vulvodínea
Transtornos da alimentação		Hipertensão
Transtornos da personalidade		Síndrome da Guerra do Golfo
Agressores sexuais		
Transtornos de hábitos e dos impulsos		
Transtorno bipolar (com medicação)		
Esquizofrenia (com medicação)		

Fonte: Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática (2013). Página 24.

2.1 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno mental de categoria psiquiátrica, inserido pela *American Psychological Association* (APA), no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-V, 2014) em uma categoria específica, o mesmo compromete em média 1,8% da população em geral, onde o sexo feminino é mais afetado em comparação com o sexo masculino. O TOC é um transtorno que vai causar para o indivíduo, se não em tratamento, um sofrimento significativo podendo variar a intensidade da manifestação da doença desde mais leve a mais intensa, os sintomas vão ser caracterizados através de

pensamentos obsessivos e/ou por sinais de comportamentos compulsivos aos quais podem acarretar prejuízos para o dia-a-dia do paciente, podendo ser no trabalho, nas relações familiares e/ou também na vida social. E tendo como critério diagnóstico as obsessões e compulsões tomam tempo na vida da pessoa, cerca de 1 hora ou mais por dia. Para um melhor entendimento será disposto em seguida a tabela 2 os critérios diagnóstico segundo o DSM-V:

TABELA 2. Critérios Diagnósticos 300.3 (F42)

A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [skin-picking]; estereotipias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença,

como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafilicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; rumações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V) 2014. Página 237.

Para que se tenha uma melhor compreensão sobre os sinais e os sintomas do transtorno, é importante entendermos a diferença entre eles. Diariamente, costumamos ter pensamentos involuntários, que vem e vão em nossa mente a todo momento, porém, por ser um evento corriqueiro, quando isso acontece não é de costume fixarmos de forma literal a esses pensamentos automáticos e dessa forma logo eles desaparecem, no entanto, com indivíduos portadores do TOC e transtornos relacionados, esses pensamentos bizarros podem ser interpretados de maneira errônea e sendo assim causa grande angustia e sofrimento para o paciente, por não saber como lidar de maneira adaptativa com essas reflexões, sendo assim, esses pensamentos, impulsos e imagens intrusivas são classificadas como obsessão se forem recorrentes e persistentes. E é importante observar que as obsessões não são prazerosas e nem intencionais para o indivíduo. Segue na tabela 3 exemplos das obsessões mais comuns.

Tabela 3. Obsessões mais comuns.

- Preocupação excessiva com sujeira, germes ou contaminação.
- Dúvidas.
- Preocupação com simetria, exatidão, ordem, sequência ou alinhamento.
- Pensamentos, imagens ou impulsos de ferir, insultar ou agredir outras pessoas.
- Pensamentos, cenas ou impulsos indesejáveis e impróprios relacionados a sexo (comportamento sexual de crianças, homossexualidade, palavras obscenas).
- Preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar.
- Preocupações com doenças ou com o corpo.
- Religião (pecado, culpa, escrupulosidade, sacrilégios ou blasfêmias).
- Pensamentos supersticiosos: preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários (podem provocar desgraças).
- Palavras, nomes, cenas ou músicas intrusivas e indesejáveis.

Fonte: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno obsessivo-compulsivo (2007). Página 18.

Enquanto, as obsessões são classificadas como involuntárias e repetitivas, é um ponto que vai se diferenciar das compulsões, essa ação vai ter como finalidade atitudes afins de evitar, construir rituais e/ou atos executados mentalmente como resposta para “amenizar” a aflição causada pelas obsessões com a intenção de diminuir o sofrimento provocado. Além disso, existem também compulsões que não são observáveis pelas demais pessoas, pois as mesmas acontecem mentalmente no indivíduo de forma que não é perceptível pelos outros, apesar disso, se tem o mesmo objetivo: diminuir a ansiedade e aflição gerada pelos pensamentos indesejáveis.

No entanto, as compulsões vão aliviar a ansiedade causada pelas obsessões de maneira momentânea, sendo assim o indivíduo vai executa-las sempre que sua mente for invadida pelos pensamentos hostis, e isso vai acontecendo de tal maneira que o sujeito fica dependente ou aprisionado aos rituais. Dessa forma para exemplificar algumas compulsões e rituais, veja na tabela 4 exemplos das possíveis situações.

Tabela 4. Compulsões/rituais mais comuns.

- Lavagem ou limpeza.
- Verificações ou controle.
- Repetições ou confirmações.
- Contagens.
- Ordem, simetria, sequencia ou alinhamento.
- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis (coleccionismo), poupar ou economizar.
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números.
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar, estalar os dedos.

Fonte: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno obsessivo-compulsivo (2007). Página 19.

As alterações classificadas, que o TOC acomete não é somente no comportamento e no pensamento, mas também nas emoções, devido ao grande desconforto que o indivíduo sente frente a esses sintomas, dessa forma é causando

um acentuado sofrimento, podendo ser carregado de culpa, medo, angústia, depressão e também sentimentos de incapacidade e descontinuidade.

Vale ressaltar a conceitualização de evitação que também acomete aos portadores do transtorno. Essa ação de evitar acontece quando uma pessoa que tem obsessões relacionadas a sujeira, por exemplo, ou pensamentos de superstições vai aderir comportamentos evitativos para não estimular as obsessões diante o fator desencadeante. O que por um momento essa atitude pode ser considerada estimável, pelo motivo de não desencadear as sensações de angústia causadas, porém quando se tem como uma “solução” esses comportamentos isso pode acarretar prejuízos para o cotidiano de maneira que é possível causar problemas de incapacidade diante as situações. Na tabela 5 vai ser possível conferir alguns tipos de evitações mais recorrentes.

Tabela 5. Evitações mais comuns.

- Não tocar em trincos de porta, corrimãos de escadas ou de ônibus.
- Isolar compartimentos e impedir o acesso dos familiares quando estes chegam da rua.
- Restringir o contato com sofás (cobri-los com lençóis, não sentar com a roupa da rua ou com o pijama.
- Não sentar em bancos de praça ou de coletivos.
- Não encostar roupas usadas “contaminadas” nas roupas “limpas” dentro do guarda-roupa.
- Evitar sentar em salas de espera de clínicas ou hospitais (principalmente em lugares especializados em câncer ou AIDS).

Fonte: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno obsessivo-compulsivo (2007). Página 21.

2.1.1 TCC NO TOC

Após um conhecimento mais aprofundado sobre ambas perspectivas – TCC e TOC é fundamental fazer uma conexão entre esses conceitos na prática clínica. Primeiramente, é essencial levar em conta que durante o tratamento, questões como o início do transtorno, o curso e prognóstico, assim como os aspectos cognitivos que incluem também as respostas ao tratamento, vão variar consideravelmente de paciente para paciente, dessa maneira entende-se que alguns indivíduos vão

apresentar respostas mais rápidas em relação ao tratamento e outros podem ter um progresso mais lento. Vale ressaltar que quando se adere ao tratamento da TCC no TOC de forma responsável, o paciente pode ter remissão parcial ou até mesmo total dos sintomas, levando em conta que se pode ter a associação com medicamentos psiquiátricos para um resultado eficaz. (CORDIOLI, 2008)

Na literatura para que seja viável simplificar os aspectos que foram constituídos para o tratamento do TOC embasado na teoria da terapia cognitivo-comportamental, é possível deparar com dois modelos de fundamentos teóricos, sendo um deles o modelo comportamental, onde se usa a técnica de Exposição e Prevenção de Resposta – EPR, como método para o tratamento, a exposição da técnica acontece quando o paciente é colocado a frente pessoalmente ou de forma imaginária ao estímulo, lugares ou situações que lhe causam angústia e/ou ansiedade, e a prevenção de respostas é constituída pela atitude do paciente de lançar mão de realizar os rituais, compulsões mentais e repostas já pré estabelecidas de forma consciente para aliviar a ansiedade que é desencadeada pelas obsessões. Esse modelo vai se basear nas teorias de aprendizagem onde a mesma se estabelece por meio do condicionamento clássico e mantido por condicionamento operante, ou seja, o reforço negativo. (CORDIOLI, 2008)

Já o segundo, é o modelo cognitivo, pois foi evidenciado que o modelo comportamental poderia ser falho para os pacientes que não respondessem efetivamente a técnica de EPR, pelo fato de alguns terem pouca motivação a aderir aos planos de ação da mesma e conseqüentemente resultando em um abandono ao tratamento. Apesar do modelo cognitivo ter sofrido inúmeras críticas, ele foi igualmente colaborativo para o desenvolvimento de instrumentos capazes de verificar e medir a intensidade das crenças disfuncionais presentes no TOC, e assim relacionar com o comportamento alterado causado pelo transtorno. Dessa forma, seguindo a literatura de Cordioli (2007, p. 44) pode-se compreender que “aprendizagens erradas dariam origem aos sintomas e seriam também responsáveis pela manutenção.” (CORDIOLI, 2007)

Partindo para a condição da descrição da sessão do atendimento da TCC, tem-se de maneira sucinta as algumas etapas: Inicialmente a avaliação do paciente, pois este é o momento de o terapeuta, por meio da entrevista semiestruturada estabelecer o vínculo com seu paciente para que logo em seguida seja feita uma

observação minuciosa sobre tudo que for relatado pelo mesmo, desde da motivação pela procura do tratamento assim como os fatos vivenciados por ele e casos de familiares que possam ter o diagnóstico ou os sintomas do TOC, por exemplo. (CORDIOLI, 2008)

Logo mais, é de suma importância ser realizado a psicoeducação, pois é através dessa intervenção que será capaz de tirar todas as dúvidas do paciente em relação ao transcorrer da sessão e se então for realizado de fato o diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo, será mais fácil o paciente aderir ao tratamento após uma boa realização da psicoeducação, porque as pessoas de modo geral, não compreendem exatamente o que é o TOC, quais as suas manifestações e os tratamentos disponíveis que são comprovados cientificamente os resultados eficazes e tendo isso esclarecido fica mais acessível ao tratamento correto. E também é importante durante a avaliação inicial, atentar-se para questões de comorbidades, caso existam, assim como contraindicação à TCC. (CORDIOLI, 2008)

Feito essa etapa inicial de avaliação, a próxima etapa é a elaboração de uma lista de sintomas, onde será descrito a intensidade sentida pelo mesmo, assim como o prejuízo, essa lista deve ser detalhada e a mais completa possível em questões de detalhes dos sinais e sintomas do TOC, constando por exemplo: horários, dias, locais, frequência, objetos ou as situações que possam desencadear os comportamentos disfuncionais. E é interessante pedir ao paciente para classificar esses sinais e sintomas por intensidade, para que mais adiante seja possível estabelecer gradualmente as tarefas de EPR, pois é recomendado iniciar a técnica pelo que causa menos ansiedade e ir aumentando conforme o andamento do tratamento. (CORDIOLI, 2008)

Tendo o desenvolvimento da TCC como tratamento, é possível então, organizar como são as sessões de terapia, é essencial ter a consciência de que são sessões estruturadas, assim como, tendo o foco nos problemas da demanda e nos sintomas. Geralmente, a sessão é iniciada com a apuração dos sintomas, sendo analisado a intensidade e frequência dos mesmos, assim como também do humor. Feito isso, o terapeuta vai fazer a checagem dos planos de ação propostos e realizados, vai ser observado como foi o processo de realização para o paciente, se

houve ou não dificuldades e quais foram elas, como foi a motivação, e os sentimentos despertados. (CORDIOLI, 2008)

Logo mais, é estabelecido, em conjunto (terapeuta e paciente) por meio do diálogo quais vão ser as próximas metas e planos de ação a serem realizados na semana seguinte da sessão. Habitualmente é revisado a lista dos sintomas para que assim seja possível estabelecer as próximas questões a serem praticadas em casa. E quando se tem uma parte diminuída consideravelmente dos sintomas, os atendimentos podem ser mais espaçados, entre um e outro, podendo por exemplo, ao invés de toda semana, passa a ser quinzenalmente, para que posteriormente se tenha alta. (CORDIOLI, 2008)

Porém, vale ressaltar que por mais que é evidenciado remissões dos sinais e sintomas, em casos de remissão parcial é possível que o paciente venha a ter recaídas, até mesmo porque o TOC é um transtorno crônico, então é recomendado que se tenha sessões de reforço após a alta do tratamento, para poder ter o cuidado de perceber precocemente os sinais de uma possível recaída e então retomar ao tratamento. (CORDIOLI, 2008)

Levando em consideração todos os aspectos expostos, “indivíduos com esta condição procuram relativamente pouco os profissionais da saúde, mesmo quando esta interfere bastante em suas vidas, e apesar da disponibilidade de tratamentos efetivos.” (TORRES E PRINCE, 2004, p. 1). Esse fato tem a possibilidade de ocorrer pela razão das pessoas terem vergonha dos julgamentos alheios, devido aos seus pensamentos que são até mesmo considerados pelos próprios pacientes como sujos e impróprios, e também se tem o receio da internação hospitalar e serem taxados como “loucos”.

No entanto, a ação de disfarçar os sintomas é compreensível, mas é importante entender que pode ocasionar consequências consideráveis para o tratamento e prognóstico do caso. Sendo assim, é de suma importância que o paciente tenha consciência dos sinais e sintomas e saiba reconhecer quando houver prejuízos, para que procure por ajuda de um profissional da saúde mental capacitado para a condução do tratamento, e lembrando que uma boa psicoeducação com o paciente, bem elaborada, é capaz de romper com os tabus impostos pelo senso comum.

3 METODOLOGIA

Este artigo consiste em uma pesquisa qualitativa, na qual possui como métodos o bibliográfico que é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, tendo-se o esclarecimento, os materiais presentes no artigo foram retirados das bases de dados encontrados na internet, como: Scielo, BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), Lilacs, Portal Caps, PubMed e Birene.

Conforme as pesquisas realizadas, é possível ter-se o entendimento que o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) está presente em uma parte considerável da comunidade, acarretando assim sofrimento, incômodo e até mesmo constrangimento aos mesmos, dessa forma tal estudo tem como finalidade colocar à disposição da sociedade, assim como aos portadores do TOC e aos seus familiares esclarecimentos sobre os sintomas e intervenções da terapia cognitivo comportamental (TCC), acerca do tratamento do transtorno de maneira sucinta e acessível a todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração a prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o qual foi apresentado, se faz importante um esclarecimento para todos em relação a um tratamento considerado atualmente padrão ouro pela ciência, ou seja, que tem maiores níveis de evidências científicas comprovadas para a melhora do paciente com tais intervenções.

Sendo assim, em meio as pesquisas bibliográficas realizadas são possíveis encontrar materiais a disposição sobre o assunto, porém o intuito do presente artigo é propiciar um recurso de maneira mais simplificada para estudos e pesquisas acadêmica assim como, para a sociedade de maneira geral.

Dessa forma o conteúdo exposto acima, busca discorrer sobre qual é, e o que se refere a abordagem da psicologia comentada, sendo essa a terapia cognitivo-comportamental (TCC), assim como também é falado e apresentado os critérios diagnósticos, prevalência e níveis de gravidade do TOC.

Devido a consideração e a disposição de proporcionar a oferta de um tratamento eficaz para o público alvo, sendo esse os portadores do transtorno ou até mesmo familiares de tais pacientes, se faz presente o desenvolvimento desse tratamento para a demanda específica, devido ao sofrimento clinicamente significativo que o transtorno obsessivo-compulsivo causa, da mesma maneira que também prejuízos sociais e psicológicos são desencadeados.

A terapia cognitivo comportamental é fundamentada de modo que apresenta resultados significativos na diminuição dos sintomas que um paciente com TOC, sendo assim, é entendido que uma grande maioria responde em harmonia aos meios de intervenção e técnicas que são utilizadas, porém ainda se compreende que podem existem desafios futuros para o entendimento de uma outra parcela de pacientes que não respondem de forma adaptativa ao tratamento para que então seja notável o resultado do recurso terapêutico.

Quanto á isso, se faz presente a consideração de pesquisas futuras sobre os estudos para uma assimilação da parcela social com a falta de aderência ao tratamento, ou até mesmo desenvolvimento de novas técnicas e recursos para que possa se tornar mais abrangente e possível alcançar resultados eficazes nos pacientes que necessitam de tal pratica para então a remissão parcial ou até mesmo total dos sinais e sintomas.

REFERÊNCIAS

Beck, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2013. e-PUB

Cordioli, Aristides Volpato TOC [recurso eletrônico]: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo / Aristides Volpato Cordioli. - Dados eletrônicos - Porto Alegre: Artmed, 2007.

Cordioli, Aristides Volpato A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2008, v. 30, suppl 2 [Acessado 11 junho 2021], pp. s65-s72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600003>>. Epub 17 Nov 2008. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600003>.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]

; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Torres, Albina R e Prince, Martin JA importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2004, v. 26, n. 3 [Acessado 11 junho 2021], pp. 141-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300001>>. Epub 23 Feb 2005. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300001>.