

Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma investigação baseada em evidências

Aislan José de Oliveira

Universidade Metodista de São Paulo

Diego Gantes da Rosa

Centro Universitário Campos de Andrade

Luiz Alberto Marquezi Ferro

Universidade Metodista de São Paulo

Manuel Morgado Rezende

Universidade Metodista de São Paulo

Resumo: O transtorno Obsessivo-compulsivo é um transtorno caracterizado por obsessões e compulsões afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. Este estudo objetivou identificar quais técnicas de Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) mais utilizadas em psicoterapia para que seus resultados sirvam de base para a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de revisão de literatura integrativa buscando estudos de casos clínicos. Foi possível identificar as técnicas de Psicoeducação e de Exposição de Prevenção de Respostas como as técnicas mais utilizadas. Identificou-se também a carência de publicações sobre a aplicação da TCC em contexto clínico, o que se apresenta como um dificultador para a tomada de decisão clínica baseadas em evidências.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental; estudo de caso

***Abstract:** The Compulsive-Obsessive upset is an upset characterized by obsessions and compulsions affecting significantly the quality of life of the individuals. In the sphere of the treatment. This study aimed to identify which techniques of Therapy Comportamental Cognitiva (TCC) more used in psychotherapy so that his results serve of base for the taking decision clinics based on evidences. For so much, there happened an inquiry of revision of literature integrativa looking for studies of clinical cases. It was possible to identify that the techniques of Psicoeducação and of Exhibition of Prevention of Answers as the most used techniques. It identified also the lack of publications that on the application of the TCC m*

clinical context being that this presents itself a dificultador for the clinical taking decision based on evidences.

Key words: *compulsive-obsessive upset; therapy cognitive-comportamental; case study.*

Introdução

O transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado umas das maiores causas de incapacitação para o trabalho e para a vida acadêmica, uma vez que, em 10% dos casos, sua sintomatologia mostra-se tão incapacitante quanto os sintomas encontrados em pacientes esquizofrênicos (Niederauer, Braga, Souza, Meyer & Cordioli, 2007; Cordioli, 2014).

Em estudo realizado, Scholl, Tabeleão, Stigger, Trettim, Mattos, Pires, Molina, Silva, Tomas e Quevedo (2016) constataram que a qualidade de vida dos indivíduos é negativamente afetada pelo transtorno. Seu curso, na maioria das vezes, interfere de forma prejudicial nas relações interpessoais, principalmente no âmbito familiar, o qual se vê impelido a modificar sua rotina devido aos sintomas do portador, resultando em constantes conflitos (Cordioli, 2008).

Estima-se que, em indivíduos adultos, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tenha uma prevalência de 1%, e de 2% a 2,5% ao longo da vida em diferentes localidades do mundo (Torres e Lima, 2005). No Brasil, a estimativa é de que existam de três a quatro milhões de pessoas acometidas pelo transtorno (Cordioli, 2014). Para Fontenelle, Mendlowicz e Versiani (2006) estima-se que a prevalência desse transtorno esteja entre 0,3% e 2,2% em adultos, e 0,7 % em crianças e adolescentes. Na infância, a idade de início dos sintomas é de seis a 11 anos, sendo que são observados mais precocemente nos meninos do que nas meninas, para as quais os sintomas comumente se manifestam na adolescência.

O transtorno, quando manifestado na infância, se mostra mais comum no sexo masculino; cerca de 25% dos homens desenvolvem a sintomatologia antes dos 10 anos (APA, 2014). Entretanto, na vida adulta chega a acometer a mesma proporção entre homens e mulheres (Cordioli, 2014). Nessa fase da vida é incomum que o transtorno se manifeste após os 35 anos, embora não seja impossível de ocorrer (APA, 2014). O início dos sintomas geralmente se dá de forma gradual, todavia o início agudo também vem sendo relatado (APA, 2014).

Na esfera do tratamento, a Terapia Cognitivo comportamental (TCC) vem demonstrando resultados satisfatórios na remissão dos sintomas obsessivo-compulsivos devido à união de técnicas cognitivas e a aplicação da terapia comportamental denominada de Exposição de Prevenção de Respostas (EPR) (Rodrigues, 2014). Partindo do exposto, é

relevante a busca da identificação das técnicas mais utilizadas de TCC a partir de estudos clínicos, para tomadas de decisões clínicas baseadas em evidências.

Decisões clínicas baseadas em evidências têm como prerrogativa o uso consciente, distinto e criterioso das melhores evidências sobre o cuidado individual do paciente. Dentro dessa perspectiva, busca-se a integração entre a habilidade clínica individual e a melhor evidência científica criteriosa disponível nas pesquisas sistemáticas de literatura. Trata-se da psicoterapia baseada em evidências objetivas, “o esforço em identificar, testar, desenvolver e estimular a disseminação de técnicas validadas em pesquisas científicas” (Pheula, Isolan & Rassier, 2007, pg. 81).

Lança-se, neste artigo, a interrogação sobre quais técnicas são mais utilizadas, na psicoterapia individual, por psicoterapeutas norteados pela TCC para fomentar tomadas de decisão clínicas baseadas em evidências. No intuito de responder a essa questão, serão levantados estudos de caso em que esse modelo de terapia foi aplicado no contexto clínico individual. Ademais, algumas adaptações encontradas das técnicas, a depender da idade do paciente, serão explicitadas.

Definindo o transtorno Obsessivo-compulsivo

A décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define o TOC como um transtorno quase sempre acompanhado de ansiedade e caracterizado por ideias obsessivas ou comportamentos compulsivos que se repetem com frequência (OMS, 1994). A ansiedade é comumente definida como um sentimento impreciso e desagradável que se caracteriza por um desconforto ligado à antecipação de perigo (Allen, Leonard e Swedo, 1995). Esse sentimento torna-se patológico quando se manifesta de maneira exacerbada, interferindo na qualidade de vida, na regulação emocional e na vida diária dos indivíduos (Allen, Leonard e Swedo, 1995). Em consonância com essa definição, a quinta edição do DSM define a ansiedade como a antecipação de uma ameaça futura que envolve tensão muscular, preparação para o possível perigo que está por vir e comportamentos de esquiva (APA, 2014).

Obsessões podem ser definidas como pensamentos, impulsos e imagens intrusivos que surgem de forma frequente e persistente, e são percebidos como desagradáveis, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais executados como resposta às compulsões ou conforme regras inflexíveis (APA, 2014). As obsessões geram um alto nível de ansiedade, medo ou desconforto, interferindo nas atividades diárias, no relacionamento interpessoal ou ocupando boa parte do tempo do indivíduo (Cordioli, 2014).

Atividades corriqueiras e comuns, como sair de casa ou tocar em objetos, ativam as obsessões uma vez que são avaliadas como ameaçadoras (Cordioli, 2014). Algumas características devem ser observadas para relacionar as obsessões ao TOC: 1) são intrusivas, difíceis de controlar ou de afastar; 2) são indesejadas: referem-se à temática de ameaça, perigo ou desastres e não são prazerosas; 3) provocam resistência: o indivíduo luta contra elas tentando afastá-las ou neutralizá-las e 4) são egodistônicas; vão de encontro aos valores e desejos do indivíduo (Purdon & Clark, 2005).

Mesmo reconhecendo que essas ideias são infundadas e improváveis de se concretizar objetivamente, o indivíduo desenvolve rituais estereotipados, no intuito de evitar que esses pensamentos se tornem realidade (OMS, 1994), de neutralizar as obsessões e diminuir a ansiedade (APA, 2014). Cordioli (2014) define como cinco as consequências das obsessões: 1) rituais compulsivos ou compulsões mentais, 2) comportamentos evitativos, 3) neutralizações, 4) hipervigilância e 5) indecisão.

Rituais podem ser definidos como comportamentos voluntários, observáveis ou mentais, que são executados repetitivamente com a intenção de afastar supostas ameaças, riscos, prevenir desastres ou danos a si e a outros ou aliviar o desconforto físico (Cordioli, 2014). Comportamentos evitativos são atos voluntários que visam fugir do contato direto ou imaginário com objetos, situações, lugares, pensamentos ou imagens, interpretados como ameaçadores, e visam aliviar o medo, a ansiedade e o desconforto experimentados, bem como distanciar ameaças (Cordioli, 2014). Neutralizações, como a própria nomenclatura sugere, são atos ou pensamentos voluntários que visam neutralizar os pensamentos, impulsos ou imagens indesejadas (APA, 2014).

As neutralizações podem se dar de variadas formas, como interromper palavras ou pensamentos considerados ruins, distrair-se, utilizar-se de um pensamento considerado bom para anular um pensamento indesejado, assegurar-se, através de outras pessoas, de que não cometeu nenhuma infração, entre outras (Cordioli, 2014). O comportamento compulsivo observável é a forma mais perceptível de neutralização das obsessões, entretanto esta pode ocorrer também sob a forma de comportamentos cognitivos, como pensar em algo considerado bom após um pensamento obsessivo (Salkovskis, 1994). Esses comportamentos são exagerados e excessivos, difíceis de resistir e muitas vezes não possuem conexão lógica com o que pretendem prevenir (Cordioli, 2014).

A hipervigilância, outra consequência das obsessões, consiste em permanecer atento e focado nos estímulos que desencadeiam as obsessões, como, por exemplo, a sujeira em indivíduos com obsessões por contaminação. A indecisão, por sua vez, pode ser definida

como a dificuldade na tomada de decisões diante de situações cujo desfecho não seja previsível (Cordioli, 2014).

O conteúdo de obsessões e compulsões distingue-se entre a população acometida, contudo algumas dimensões sintomáticas são comuns no TOC como as de limpeza (quando as obsessões são por contaminação e as compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões por organização, contagem e repetição); pensamentos avaliados como proibidos ou tabus (obsessões agressivas, religiosas e sexuais e compulsões alusivas); e ferimentos (medo de ferir a si e a outros e compulsões de verificações alusivas) (APA, 2014). São também comuns, segundo Cordioli (2014), dúvidas relacionadas à possibilidade de falhar, a necessidade de ter certeza, o armazenamento de itens inúteis e pensamentos supersticiosos com relação a datas, horários, cores e outros.

Para Cordioli (2014), é comum que os sintomas alterem sua frequência durante a vida do paciente, podendo até mesmo desaparecer em alguns períodos e retornar posteriormente, no entanto nunca somem por completo. Em estudo realizado com pacientes acometidos por diferentes transtornos de ansiedade, Huppert, Schultz, Foa, Barlow, Davidson, Gorman, Shear, Simpson e Woods (2004) constataram que, em pacientes com TOC, a probabilidade de remissão espontânea de sintomas é mais baixa se comparada a transtorno de pânico e transtorno de ansiedade social. As causas do transtorno não são de todo conhecidas e variam de pessoa para pessoa, todavia fatores psicológicos, questões genéticas e biológicas tornam mais provável seu desenvolvimento (Cordioli, 2008).

Até pouco tempo, o tratamento do TOC mostrava-se desafiador para profissionais da saúde mental; no entanto, com o desenvolvimento de técnicas comportamentais, cognitivas e medicamentos antiobsessivos, esse cenário foi modificado (Cordioli, 2008). As principais terapêuticas empregadas atualmente no tratamento do TOC são as farmacológicas e as psicoterapias. No entanto, indivíduos que sofrem de TOC levam, em média, sete anos para procurar tratamento (Marques, 2001).

Sexo, idade, ocupação, grau de escolaridade, tipo e gravidade dos sintomas, grau de incapacitação e comorbidades são fatores que podem dificultar a procura de tratamento para esse transtorno, assim como ocorre com indivíduos acometidos por outras psicopatologias (Torres & Lima, 2005).

A terapia Cognitivo-comportamental no TOC

As denominações terapia Cognitiva e terapia Cognitivo-comportamental (TCC) são comumente utilizadas como sinônimas para se referir às psicoterapias baseadas no modelo

cognitivo, sendo que a TCC se utiliza de técnicas cognitivas associadas a técnicas comportamentais em suas intervenções (Beck, 2005).

A TCC é definida por Wright, Basco e Thase (2009) como uma abordagem que se baseia em dois princípios centrais: 1) as cognições possuem influência controladora sobre as emoções e os comportamentos e 2) o modo de comportar-se de um indivíduo pode afetar seus padrões de pensamento e suas emoções. O objetivo dessa abordagem psicoterápica está centrado na modificação de pensamentos, significados, em uma mudança emocional e duradoura, bem como na autonomia do paciente e no alívio e remissão dos sintomas que ele apresenta (Beck, 1993). Em suma, o foco dessa abordagem é a identificação e correção de padrões de pensamento conscientes ou não conscientes (Knapp, 2009)

O modelo cognitivo parte da teoria de que pensamentos disfuncionais e não realistas influenciam diretamente o humor e o comportamento do indivíduo, ou seja, a forma como uma situação é compreendida e avaliada influencia a intensidade dos sentimentos (Lotufo Neto & Baltieri, 2001). Para a interpretação do fenômeno psicológico, o trabalho tem seu foco nos fatores cognitivos, ou seja, os significados atribuídos pelos indivíduos a acontecimentos e demais aspectos da sua vida estão, para essa abordagem, inter-relacionados aos comportamentos: com essas interpretações, o indivíduo formula hipóteses sobre si mesmo, o mundo e seu futuro (Knapp, 2009).

As emoções e os comportamentos não são gerados pelos eventos em si, mas sim pelo que se pensa sobre os eventos, ou seja, emoções e comportamentos são influenciados pelo pensamento. Análises deficitárias sobre o que realmente está acontecendo geram sentimentos inadequados para que a pessoa lide com a situação (Lotufo Neto & Baltieri, 2001). A inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está envolvida no funcionamento humano, sobretudo nas psicopatologias (Knapp, 2009).

A formulação cognitiva para o entendimento do TOC é a de que o comportamento obsessivo se mantém devido à evitação da reavaliação da experiência (Salkovskis, 1994). A experiência compulsiva gera alívio e, por ser repetida demasiadamente, a conclusão a que chega o paciente é de que esse comportamento é o que o mantém seguro de qualquer dano (Salkovskis, 1994). Essa formulação, no entanto, assemelha-se ao modelo comportamental descrito anteriormente, pois, somente pela exposição aos estímulos temidos o paciente constatará que suas obsessões são infundadas (Salkovskis, 1994).

O modelo Cognitivo-comportamental conceitua que as obsessões são o primeiro evento no TOC e que os comportamentos compulsivos que se seguem são respostas comportamentais do indivíduo que visam diminuir a ansiedade e o desconforto (Cordioli,

2014). Rachman (1997) defende que as interpretações errôneas de pensamentos, impulsos e imagens de grande significado subjetivo causam as obsessões, e estas permanecem enquanto os equívocos na leitura dos estímulos internos persistirem.

Em se tratando de fatores psicológicos, as aprendizagens deficitárias, crenças distorcidas e pensamentos catastróficos são comuns na maioria das pessoas que apresentam o transtorno, fornecendo indicativos de que esses fatores desempenham uma função importante, tanto no surgimento quanto na manutenção dos sintomas (Cordioli, 2008). As crenças disfuncionais presentes no TOC podem incluir senso aumentado de realidade e tendência a sobrevalorizar a ameaça; intolerância à incerteza e perfeccionismo, importância exagerada dos pensamentos (convencer-se de que ter um pensamento indesejado é tão nocivo quanto executá-lo) e necessidade de controle sobre as obsessões (APA, 2014).

Segundo Lotufo Neto e Bartieri (2001), alguns fenômenos cognitivos podem contribuir para o desenvolvimento do TOC, além de interferir no tratamento, como, por exemplo, pensamentos automáticos negativos que influenciam e mantêm os rituais. Pensamentos automáticos são palavras, ideias, imagens ou lembranças associadas à emoção e à interpretação dos eventos que surgem de forma espontânea e, na maioria das vezes, não são discriminados (Lotufo Neto e Bartieri, 2001). Esses pensamentos são, em geral, específicos ao indivíduo, se manifestam de maneira rápida e estão ligados à avaliação feita do significado de experiências vivenciadas (Wright et al., 2009).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o TOC tem seu tratamento focado nos pensamentos automáticos, nas tentativas de neutralização, nas antecipações catastróficas e na flexibilização de crenças disfuncionais, além de utilizar-se de análises funcionais, técnicas de EPR, entre outras (Lotufo Neto & Baltieri, 2001). Conforme explicitado por Cordioli (2008), a TCC para o TOC segue as etapas listadas a seguir: 1) avaliação do paciente; 2) fase inicial; 3) fase intermediária e 4) alta, prevenção de recaídas e terapia de manutenção.

Na avaliação obtém-se o diagnóstico de TOC e avaliam-se as contraindicações e fatores de não resposta (Cordioli, 2008). Recomenda-se que, nessa etapa do tratamento, a gravidade dos sintomas seja quantificada, no intuito de auxiliar o terapeuta a avaliar as chances de sucesso da terapia (Franklin e Foa, 2016). O principal instrumento utilizado para avaliar o grau de sintomatologia é a Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS), que consiste em uma entrevista padronizada e semiestruturada contendo cinco itens para avaliação de obsessões e cinco para compulsões, os quais devem ser avaliados de zero a quatro, sendo zero equivalente a nenhum sintoma e quatro equivalente a sintomas muito graves (Franklin e Foa, 2016). Com o uso dessa escala, é possível avaliar o tempo dispensado

pelo paciente às compulsões e obsessões, o grau de influência delas no seu funcionamento, o grau de aflição, as tentativas de resistência aos sintomas e o nível de controle sobre eles (Franklin e Foa, 2016).

Na segunda etapa, são avaliadas a motivação do paciente e identificados os sintomas listados hierarquicamente, de acordo com a intensidade (Cordioli, 2008). A psicoeducação sobre o transtorno e a terapia é utilizada e introduzem-se os exercícios de EPR, o modelo cognitivo, as técnicas cognitivas e as tarefas de casa (Cordioli, 2008).

Os exercícios cognitivos e de EPR, assim como as técnicas cognitivas e comportamentais, continuam e são reforçados na fase intermediária, além do monitoramento até a alta do paciente (Cordioli, 2008). A duração do tratamento, via de regra, é de três a seis meses, com sessões semanais de uma hora que, conforme a remissão dos sintomas, podem ser espaçadas até que se obtenha a alta (Cordioli, 2008).

Devido à cronicidade do transtorno, é possível que haja recaídas, principalmente se, no momento da alta, a remissão dos sintomas não for completa (Cordioli, 2008). Para tanto, o paciente deve ser orientado acerca dessa possibilidade, assim como acerca da prevenção, de como identificar o retorno dos sintomas e retomar a terapia, mesmo que apenas para poucas sessões (Cordioli, 2008).

A Psicologia Baseada em Evidências como base para a tomada de decisão clínica

Segundo Gabbard (2006), a prática da Psicologia Baseada em Evidências pressupõe a integração da avaliação criteriosa dos resultados das pesquisas de alta qualidade metodológica às características individuais dos pacientes, bem como a suas preferências, exigindo do profissional de saúde mental a escolha da alternativa terapêutica mais adequada a cada paciente, a interação entre a experiência clínica, sensibilidade e constante atualização.

Os atores envolvidos nos processos de tomada de decisão em Psicologia necessitam desenvolver habilidades para extrair do estoque de conhecimentos gerados e organizados em bases de dados e outras fontes de informação o que lhe será útil na solução de seus problemas. Nesse quesito, conhecer e aprender a utilizar as fontes de informação, assim como formular estratégias de buscas bem elaboradas são de fundamental importância na busca de evidências de qualidade (Melnik & Atallah, 2011).

O objetivo principal do desenvolvimento das técnicas baseadas em evidências é o uso consciente, distinto e criterioso das melhores evidências em decisões sobre o cuidado individual do paciente. Com base nesse paradigma, objetiva-se a busca da integração entre a

habilidade clínica individual e a melhor evidência científica disponível nas pesquisas sistemáticas (Pheula & Isolan, 2007).

O movimento da psicoterapia baseada em evidências tem por objetivo, acima de tudo, o esforço em identificar, testar, desenvolver e estimular a disseminação de técnicas validadas em pesquisas científicas (Pheula & Isolan, 2007; Melnik & Atallah, 2011).

Segundo Greenhalgh (2008), o grau de credibilidade do conhecimento aumenta de acordo com os níveis de evidência (resultados satisfatórios) que ele apresenta. Dessa forma, as revisões sistemáticas, seguidas ou não de metanálises, são consideradas como um bom nível de evidência para a tomada de decisão da melhor intervenção a ser adotada no contexto clínico, articulando conhecimentos entre a pesquisa e prática clínica (Koller, Couto & Hohendorff, 2014; Melnik & Atallah, 2011).

Método

Realizou-se uma pesquisa de revisão de literatura sistemática de cunho qualitativo, descritivo e exploratório, nas bases de dados BVS, MEDLINE, LILACS, Scielo e PePsic, das palavras-chave: transtorno obsessivo compulsivo, estudos de caso e terapia cognitivo-comportamental. Foram considerados artigos nacionais publicados entre os anos de 2007 e 2018 que descrevessem relatos de casos clínicos de TOC, nos quais a terapia fora conduzida de forma individual. Foram excluídos artigos em que o tratamento não foi conduzido pela abordagem cognitivo-comportamental e artigos onde a terapia foi conduzida em grupo.

Resultados

Foram encontrados quatro artigos que descreviam estudos de caso nos quais as intervenções foram norteadas pela TCC, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Resultado dos artigos selecionados e caracterização dos atendidos

Título	Ano de publicação
Artigo 1 A conceitualização cognitiva no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: relato de caso.	2012
Artigo 2 Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico.	2007
Artigo 3 Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo: apresentação de um estudo de caso.	2014
Artigo 4 Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência.	2007

Total de artigos encontrados	4
------------------------------	---

Elaborada pelos autores.

A idade dos pacientes variou de oito a cinquenta anos de ambos os sexos, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização da amostra

Amostra	Idade	Sexo
Artigo 1	27	Feminino
Artigo 2	50	Masculino
Artigo 3	8	Feminino
Artigo 4	13	Feminino

Elaborada pelos autores.

Foram encontrados 22 tipos de técnicas utilizadas nos artigos. Em todos os casos, foram utilizadas as técnicas de psicoeducação e de EPR, conforme indica a Tabela 3.

Tabela 3: Técnica de intervenção e resultados da psicoterapia

	Principais técnicas	Resultados das intervenções
Artigo 1	Psicoeducação; Conceitualização cognitiva; EPR; Registro diário de pensamentos disfuncionais; Questionário socrático; Vantagens e desvantagens; Prevenção de recaída.	Remissão total dos sintomas
Artigo 2	Psicoeducação; Treinamento de habilidades sociais; EPR; Automonitoramento; Reestruturação cognitiva.	Processo psicoterapêutico em andamento com remissão parcial de sintomas
Artigo 3	Psicoeducação; EPR; Tabela de pontuação; Conceitualização cognitiva; Prevenção de recaída; Desenho; Escrita; Cartão de enfrentamento; Questionamento socrático; Relaxamento progressivo de Jacobson; Treino respiratório.	Abandono de tratamento
Artigo 4	Psicoeducação; EPR, Registro de pensamentos automáticos; Modelo ABC; Tríade cognitiva, CBCL; BAI; SUDS; Treino respiratório;	Redução parcial dos sintomas

Elaborada pelos autores

Com menor frequência, foram descritos a conceitualização cognitiva, a prevenção de recaída, o questionamento socrático e o treino de respiração. AS demais técnicas cognitivas apresentadas na Tabela 3 foram citadas apenas uma vez nos trabalhos consultados.

Ainda interpretando a Tabela 3, para a análise dos resultados das intervenções psicoterápicas, apenas o artigo 1 relatou remissão total dos sintomas obsessivo compulsivos. O artigo 2 descreveu melhoras no funcionamento psicossocial, o artigo 3 relata desistência durante o processo psicoterápico, e o artigo 4 relata que o paciente ainda estava em tratamento na ocasião de confecção da pesquisa.

Na seção a seguir, serão discutidas, brevemente, as técnicas mais encontradas nos artigos aqui considerados, bem como possíveis cuidados a serem tomados de acordo com a faixa etária do paciente.

Discussão

A psicoeducação é mencionada em todos os casos clínicos aqui considerados e ocorreu na primeira fase do tratamento. A psicoeducação consiste em breves explicações que partem do terapeuta, seguidas de perguntas utilizadas no intuito de facilitar o processo de aprendizagem e o engajamento do paciente (Wright, Basco e Thase, 2009). Essa técnica começou a ser disseminada nos anos 70, pela necessidade de agregar ao tratamento medicamentoso instruções aos pacientes sobre fatores que estão presentes em uma doença ou transtorno (Menezes & Souza 2012).

A psicoeducação evidencia-se como uma técnica usual na TCC que permite ao indivíduo o desenvolvimento de pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, o mundo, e como se comportar diante de situações por meio de atividades que podem propiciar a reflexão e a construção de valores (Wright, Basco e Thase, 2009). A TCC parte da ideia de que os pacientes podem aprender a manejar e modificar as cognições e o humor, e que a psicoeducação permite a instrumentalização do paciente pelo conhecimento, o que reduz o risco de recaída (Wright, Basco e Thase, 2009). O objetivo dessa intervenção é fornecer aos pacientes informações que possibilitem o entendimento de seu transtorno (Figueiredo, Souza, Dell’Aglia, Caetano Jr & Argimon, 2009).

A utilização da terapia de EPR também aparece em todos os estudos de caso. Essa terapia originou-se nos estudos de Meyer (1966), que inicialmente tratou com sucesso dois pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos, com a exposição prolongada desses indivíduos a situações que desencadeassem as obsessões, impedindo-os de realizarem os rituais ou comportamentos compulsivos, através de uma monitoria constante. Esse mesmo

autor constatou um alto nível de ansiedade nos pacientes, quando eles entravam em contato com os estímulos ansiogênicos. Entretanto, ao longo da exposição, o nível de ansiedade tendia a diminuir, assim como a inclinação para a realização do comportamento compulsivo no futuro.

Esse fenômeno foi nomeado, posteriormente, como habituação. Atualmente, a aplicação da EPR costuma seguir o mesmo modelo de Meyer, ou seja, exposição a gatilhos obsessivos e bloqueio da emissão de compulsões (Franklin e Foa, 2016). Para a aplicação da EPR, em um primeiro momento, o paciente constrói uma lista hierárquica de estímulos ansiogênicos, atribuindo uma nota para a intensidade da ansiedade experimentada e, em seguida, o paciente é encorajado a realizar a exposição ao estímulo temido sem realizar rituais ou compulsões, iniciando por aquelas situações para as quais atribuiu menor grau de desconforto (Formiga, Galdino, Chiapetti, Gomes, 2012). O objetivo dessa técnica é diminuir o número de rituais (Formiga, Galdino, Chiapetti, Gomes, 2012).

Nos estudos de casos foi construída a lista hierárquica de forma colaborativa com o paciente, listando-se primeiramente as situações menos ansiogênicas e partindo gradativamente para as consideradas mais ansiogênicas. Formiga et al. (2012) utilizaram-se da conceitualização cognitiva e do processo de psicoeducação antes da aplicação da terapia de EPR, a fim de facilitar o processo, com uma melhor compreensão das dificuldades enfrentadas pela paciente e dos pensamentos automáticos perante as situações geradoras de ansiedade.

A conceitualização cognitiva é definida por Knapp e Rocha (2003) como uma formulação de caso que tem como base a concepção cognitiva dos transtornos emocionais do paciente. Para esse mesmo autor, o primeiro foco são os fatores cognitivo-comportamentais que fomentam as dificuldades emocionais, as crenças, os pressupostos, as vulnerabilidades que a personalidade apresenta, os traumas e as inúmeras experiências vivenciadas durante a vida do paciente e que, de certa forma, contribuíram para os problemas que se apresentam atualmente. Sem essa compreensão, corre-se o risco de o tratamento se pautar apenas no uso de técnicas cognitivo-comportamentais que acarretam um resultado pobre ou ineficaz (Knapp & Rocha, 2003).

A conceitualização cognitiva, de acordo com Knapp e Rocha (2003), auxilia a tomada de decisão por parte do terapeuta com relação às técnicas a serem utilizadas, a compreensão mais aprofundada do caso e o entendimento de possíveis problemas que podem surgir durante o processo terapêutico.

Após a conceitualização cognitiva elaborada por Formiga et al (2012), a exposição foi conduzida da seguinte forma: 1) por imaginação; 2) durante a sessão e 3) *in vivo*. O resultado final do processo foi a remissão completa dos sintomas obsessivo compulsivos (Formiga et al 2012).

A exposição por imaginação consiste na evocação de estímulos cognitivos considerados aversivos pelo paciente, ou seja, trazer à mente, da forma mais palpável possível, pensamentos, imagens, palavras ou outros estímulos que causam desconforto ao indivíduo e que estejam relacionados às obsessões (Cordioli, 2014). Nesse tipo de exposição, também se pode solicitar ao paciente que escreva uma história rica em detalhes, na qual ele esteja praticando o pensamento indesejado e que a leia repetidamente (Cordioli, 2014). A exposição *in vivo*, por sua vez, exige o contato direto com os estímulos aversivos, como tocar em objetos considerados sujos ou contaminados, pronunciar palavras que causem medo e desconforto, entre outros (Cordioli, 2014).

Os autores dos quatro relatos clínicos expuseram o uso de diversas técnicas cognitivas antes e durante a aplicação, destacando-se, por exemplo, o questionamento socrático que permite identificar e modificar as distorções cognitivas, as crenças intermediárias e as crenças centrais relacionadas ao transtorno (Formiga et al. 2012). Esse tipo de questionamento, bastante utilizado pela TCC, fundamenta-se em uma relação empírica colaborativa e consiste em perguntas direcionadas ao paciente que proporcionem a curiosidade e o desejo de analisar, envolvendo-o no processo de aprendizagem, em vez de apresentar didaticamente os conceitos da terapia (Wright, Basco e Thase, 2009). Essa técnica do questionamento socrático é considerada uma ferramenta importante em intervenções cognitivas, pois intensifica a relação entre terapeuta e cliente, permite a compreensão e modificação de pensamentos automáticos e dos comportamentos e propicia um engajamento ativo do paciente na terapia (Wright, Basco e Thase, 2009).

O questionamento socrático é utilizado para auxiliar o paciente a realizar descobertas e a questionar a veracidade dos pensamentos envolvidos na ansiedade (Craske e Barlow, 2016). Após este questionamento, utiliza-se de outras hipóteses alternativas baseadas em uma visão mais realista, que forneça evidências que confirmem ou refutem o conteúdo dos pensamentos, a fim de torná-los mais funcionais (Craske e Barlow, 2016). Essa mesma técnica foi aplicada por Schwartz e Lisboa (2014) no tratamento de uma menina de oito anos.

Convém salientar a importância da adequação de técnicas cognitivo comportamentais quando aplicadas a crianças e adolescentes, uma vez que as crianças não dispõem do nível

de maturação cognitiva que permita a compreensão de algumas técnicas utilizadas pela TCC (Ribeiro, Lisboa, Pureza e Pureza, 2014).

Em seu estudo de caso, Schwartz e Lisboa (2014) utilizaram-se, sobretudo, de meios lúdicos, tais como escrever uma história sobre o TOC e desenhá-lo, transformando-o em um personagem que dita os rituais que a paciente deve realizar. A intenção do desenho do personagem TOC é a de que a criança compreenda, através de uma linguagem adequada à sua idade, que o enfrentamento proposto dentro da terapia é contra esse personagem (Schwartz e Lisboa, 2014). O treino respiratório também foi adaptado pelos terapeutas que recomendaram sua prática, utilizando-se bolinhas de sabão.

Os exercícios de respiração são técnicas de relaxamento que podem auxiliar na alteração do estado emocional. Na prática da respiração diafragmática, por exemplo, o paciente é orientado a apoiar uma das mãos na região do tórax e outra na região do abdômen, objetivando aprofundar e diminuir o ciclo respiratório, que pode estar desregulado por conta da ansiedade (Neves Neto, 2011). Para a obtenção desse efeito, faz-se necessário que a respiração seja realizada empurrando o diafragma, inspirando o ar pelas narinas e expirando pela boca (Cordioli, 2008).

Os autores desse estudo de caso também propuseram a construção de um calendário, onde a criança marcaria os dias em que realizava algum ritual. Caso permanecesse uma semana sem realizar as compulsões, a paciente receberia um presente. Esse procedimento foi embasado no princípio da análise do comportamento de reforçamento positivo e visa à implementação e manutenção de comportamentos desejados.

Após 45 dias do início do processo terapêutico, a paciente apresentou remissão dos sintomas iniciais havendo, no entanto, retorno e agravamento dos sintomas e retomada da terapia, quatro meses e meio após o término do tratamento, mesmo com a aplicação da fase final do processo (Schwartz e Lisboa, 2014).

O manejo da família foi um ponto importante nos casos clínicos que descreveram a aplicação da terapia em crianças e adolescentes. Conforme reforçam Weiss, Fogelman e Yaphe (2003), é necessário conhecer o contexto familiar do paciente bem como realizar a psicoeducação da família com relação ao TOC. Nesse ponto, Schwartz e Lisboa (2014) e Argimon, Bicca e Rinaldi (2007) utilizaram-se da psicoeducação como principal intervenção, uma vez que foram observadas no âmbito familiar dificuldades em impor limites e o engajamento da família nos rituais.

A prevenção de recaída, técnica apontada por dois dos artigos selecionados, é apontada por Cordoli (2008) como intervenção necessária antes da alta do paciente, foi

aplicada em dois casos clínicos. No estudo de caso apresentado por Feix e Barreto (2007), infere-se que a intervenção não tenha sido realizada devido ao paciente ainda estar em tratamento quando da publicação do artigo.

Para Knapp (2009), no momento final da terapia, faz-se necessária a investigação, junto ao paciente, de expectativas de problemas que poderão apresentar-se após a alta e trabalhar toda e qualquer expectativa irrealista.

É importante que o terapeuta auxilie o paciente na construção de uma visão realista sobre os ganhos conquistados e, sobretudo, sobre futuras dificuldades que poderão ser enfrentadas, assegurando que o indivíduo não termine a terapia com a sensação de imunidade com relação ao transtorno, no intuito de que recaídas posteriores não sejam associadas ao fracasso da terapia ou do paciente (Knapp, 2009).

Considerações finais

Na elaboração do presente estudo foi possível identificar, nos artigos selecionados, as técnicas da Psicologia Comportamental Cognitiva mais utilizadas no contexto clínico. As técnicas de conceitualização cognitiva, o questionamento socrático, o treino de respiração e a prevenção de recaída foram relatadas pela metade dos autores na condução dos casos. A TCC, quando aplicada na infância, exigiu adaptações, como o uso de técnicas lúdicas que objetivaram dar ao paciente, devido ao seu grau de maturidade, uma melhor compreensão.

Ressalta-se como limitações deste artigo o pequeno número de estudos de casos publicados relacionado ao tema, o que foi um dificultador para a produção desta pesquisa. Observou-se, em todos os relatos de caso levantados, que a psicoeducação foi utilizada no intuito de facilitar a inserção dos exercícios de EPR, uma vez que o paciente pode mostrar-se relutante ao se deparar com os estímulos temidos.

Como já citado, o número reduzido de artigos encontrados não permite a possibilidade de tomada de decisão clínica pelos achados do presente estudo. Essa conclusão apoia-se no fato de que os artigos pesquisados tiveram maior preocupação em apontar as técnicas utilizadas e pouca preocupação em mostrar resultados científicos nas intervenções propostas de tratamento psicoterápico. Assim, a proposta inicial deste trabalho – de fornecer estudos com base em evidências clínicas, para eleger a melhor técnica da Psicologia Comportamental Cognitiva às demandas individuais de cada paciente – não foi alcançada.

Esses resultados indicam uma carência de estudos relevantes sobre as melhores técnicas e seus resultados efetivos, no âmbito da Terapia Comportamental Cognitiva,

incitando pesquisas futuras a fornecerem maiores evidências para a tomada de decisão por psicólogos clínicos.

Referências

- Allen A.J., Leonard H, Swedo S.E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 976-86.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Argimon, I. I. D. L., Bicca, M. G. & Rinaldi, J. (2007). Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência. *Revista Brasileira de terapias cognitivas*, 3(1), 15-21.
- Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Beck A.T. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present and Future. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 61(2),194-198.
- Beck A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62(9), 953-9.
- Cordioli, A. V. (2014). *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Cordioli, Aristides Volpato. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl. 2), 65-72.
- Craske e Barlow. In Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Feix, L., & Barreto, L. M. (2014). Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico. *Revista Psicologia em Foco, 1*(1), 81-94.
- Figueiredo, A.L., Souza, L., Dell'Áglio Jr, José Caetano & Argimon, I.I.L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(1), 15-24.
- Fontenelle L.F., Mendlowicz M.V., Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. (2006). *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 30*(3), 327-37.
- Formiga, M.B., Galdino, M.K.C., Chiapetti, N., & Gomes, C. M. L. C. (2012). Conceitualização cognitiva no Transtorno Obsessivo Compulsivo: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 8*(1), 61-66.
- Franklin e Foa, em Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Artmed Editora.
- Gabbard, O. G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Greenhalgh, T. (2008). *Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências*. Porto Alegre, RS: Edito.
- Huppert J.D., Schultz LT, Foa EB, Barlow DH, Davidson JR, Gorman JM, Shear MK, Simpson HB, Woods SW. (2004). Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry, 161*(8):1485-7.
- Knapp, P. & Rocha, D. B. (2003). Conceituação Cognitiva: Modelo de Beck. In. Caminha, R. M. et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Knapp, P. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Koller, S. H.; Couto, M. C. P de P.; Hohendorff, J. V. (Orgs.) (2014). *Manual de produção científica*. Porto Alegre RS: Penso.

- Lopes Menezes, S. & Souza, C. B. D. M. (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1).
- Lotufo Neto, Francisco & Baltieri, Maria Angelita. (2001). Processos cognitivos e seu tratamento no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl. 2), 46-48.
- Marques, Carla. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl. 2), 49-51.
- Melnik, T., Atallah, A. N. (2011). *Psicologia Baseada em Evidências - Provas Científicas da Efetividade da Psicoterapia*. São Paulo, SP: GEN.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(1), 273-280.
- Neves Neto, A. R. (2011). Técnicas de respiração para a redução do stress em terapia cognitivo-comportamental. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 56(3),158-68.
- Niederauer, K.G., 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), 271-278. Epub June 27, 2007.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças* (com disquete). Vol. 1. São Paulo, SP: Edusp.
- Pheula, Gabriel Ferreira & Isolan, Luciano Rassier. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 34(2), 74-83.
- Purdon C, Clark D A. (2005). *Overcoming obsessive thoughts: how to gain control of your OCD*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793-802.
- Ribeiro, A. O., Macedo Lisboa, C. S., Pureza, J., & da Rosa Pureza, J. (2014). Fundamentos e aplicações Terapia Cognitivo Comportamental com crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(1):85-103
- Rodrigues, E. (2014). Comparação das Terapias Cognitiva e Comportamental individual e em Grupo Versus Farmacoterapia no Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)*, 8(1).
- Salkovskis, P. M. In Scott, J., William, J. M. G., & Beck, A. T. (1994). *Terapia Cognitiva na Prática Clínica: um manual prático*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Scholl, C.C., Tabeleão, V.P., Stigger, R.S., Trettim, J.P., Mattos, M.B., Pires, A.J., Molina, M.A.L., Silva, R.A., Tomasi, E., & Quevedo, L.A. (2017). Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1353-1360.
- Schwartz, F. & de Macedo Lisboa, C. S. (2014). Terapia cognitivo-comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil: apresentação de um estudo de caso. *Revista da Graduação*, v. 7, n. 2.
- Torres, A. R., & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 237-242.
- Weiss, R., Fogelman, Y. & Yaphe, J. (2003). Somatization in response to undiagnosed obsessive-compulsive disorder in a family. *BMC family practice*, 4(1), 1.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2009). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre, RS: Artmed.

*Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma
investigação baseada em evidências*

Recebido em: 26/02/2019

Aprovado em: 06/12/2019