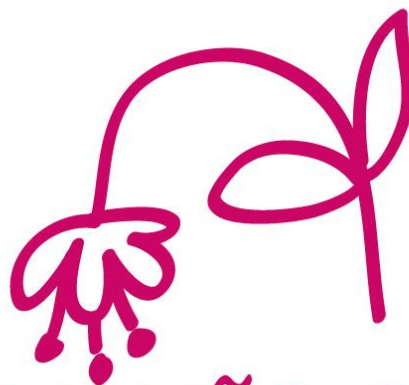


Segredos Obsessivos



A QUEDA NÃO IMPORTA.
IMPORTA LEVANTAR-SE!

Segredos obsessivos

Para falar da perturbação obsessivo-compulsiva (POC), temos de começar pelo embaraço e pelo secretismo que as pessoas que sofrem desta disfunção se auto-impõem.

E, por isso, convém justificarmo-nos, explicar porque estamos a começar de uma forma tão em desacordo com os cânones tradicionais, e tão pouco habitual...

A POC constrói-se em torno do ilógico e do bizarro. Ilógicas são as ideias de que pensar e fazer acontecer estão, de algum modo, interligados. Ilógico é pensar que se fez algo contra vontade e de que não restou memória. Bizarro é verificar 4 vezes consecutivas a mesma porta, sempre, todas as vezes que ela é fechada. Bizarro é lavar um telemóvel por medo de contaminação porque foi dita uma palavra de má sorte durante a conversa telefónica.

E, contrariamente a outros problemas de saúde mental, quem sofre de POC sabe que o que pensa e o que faz é ilógico e é bizarro. Mas não consegue parar de o pensar e de o fazer. E, por isso, fica dominada por um forte sentimento de embaraço, pela vergonha que a atira para um isolamento emocional, para uma auto-contenção vigilante, numa defesa feroz deste segredo terrível: “Eu penso e faço coisas estranhas que, se os outros souberem, vão achar que enlouqueci”.

E, desta forma, acrescenta-se mais um nível, ao sofrimento que já ia elevado, pelo desgaste induzido pela própria perturbação. Tentar que ninguém perceba, resistir a falar sobre as preocupações obsessivas, ao ponto de até ter dificuldade em explicar concretamente ao psicólogo que o apoia, gera tensões insustentáveis.

E gerir a vergonha que, infelizmente, advém da incompreensão das pessoas que lhe estão próximas que, muitas vezes, não conseguem ocultar, chegando mesmo a tentar fazer um humor bem-intencionado, mas que dói e desespera, porque potencia a sua própria incompreensão face àquilo que lhe acontece diariamente, é algo de frustrante e sofrido.

Por isso, não conseguíamos começar a explicar esta perturbação, sem antes falar desta necessidade de a manter secreta e do intenso embaraço com os seus sintomas.

Alguns casos¹

A Maria é uma delegada comercial com 31 anos, casada e mãe de 2 filhos pequenos. No contexto da sua profissão, viaja muito de carro pelo País o que, para além de cansativo, resulta fortemente angustiante para ela desde que, há 3 ou 4 anos, lhe surgiu a ideia de que se pensasse nos filhos enquanto estava a conduzir, lhes poderia acontecer alguma desgraça. Parece-lhe que a ideia se começou a formar no seu espírito depois de ter andado a ler um livro sobre a influência dos pensamentos na

¹ Por uma questão de sigilo e protecção da confidencialidade, todos os casos apresentados são situações compostas, isto é, nenhuma descrição corresponde a um cliente, antes sendo uma composição de dados de vários clientes reais.



construção da realidade – do género “Se pensarmos muito numa coisa, fazemos com que ela aconteça”. No entanto, e depois de alguma análise do seu historial, verificámos que, já desde a sua adolescência, se afligia bastante com algumas ideias que lhe surgiam a propósito das pessoas de quem gostava. Habitou-se, sem saber bem como nem porquê, a recitar uma pequena ladainha mental, que sentia que esconjurava qualquer possibilidade de estar a provocar o azar. Mas, nessa altura, a situação estava controlada – as hormonas andavam aos saltos, a vida desenrolava um conjunto de possibilidades interessantes e os focos de interesse eram muitos.

Agora, no entanto, a situação complicou-se, a ponto de interferir seriamente com a qualidade de vida da Maria e, mesmo, com a sua capacidade para continuar a desempenhar as actuais funções. Vamos ver porquê.

Todos os dias, antes de entrar no carro, tinha de se assegurar que a última imagem que tinha dos filhos correspondia a uma imagem em que estavam sorridentes. Se lhe surgisse a imagem dos filhos doentes ou em dificuldades, era preciso sair do carro e voltar a entrar. Enquanto saía e voltava a entrar, recitava, mentalmente, uma pequena oração dirigida a proteger os filhos de qualquer mal. Mas como, por vezes, duvidava de que o tivesse feito, voltava a entrar e sair, repetindo a oração, para se certificar de que tinha feito tudo correctamente. As sequências de sair e voltar a entrar no carro podiam atingir as 20 vezes consecutivas, entre a dúvida e a recorrência das imagens que lhe surgiam ao espírito, “obrigando-a” a repetir tudo.



De igual forma, enquanto conduzia, se lhe surgisse alguma imagem relacionada com o bem-estar dos filhos, e para além de um mal-estar profundo imediato, que a deixava alagada em suor, sentia-se na obrigação de parar o carro tão rapidamente quanto possível e executar o seu ritual.

A tensão emocional que isto provocava, o medo permanente que a percorria de que poderia criar as condições para que acontecesse alguma coisa aos filhos, por culpa dela, involuntariamente, se não controlasse os seus pensamentos, e o tempo perdido diariamente na tentativa de neutralizar as ideias obsessivas, fizeram com que entrasse de baixa médica e considerasse a possibilidade de ter de abandonar o emprego.

As pessoas que a rodeavam, mesmo as mais íntimas, apenas sabiam que ficava muito nervosa a conduzir e andava esgotada. Mesmo ao marido, poucas ou nenhuma explicação dava para o facto de não conseguir, na maior parte das vezes, entrar no carro e começar a conduzir – dizia-lhe, apenas, que sentia que havia qualquer coisa que não estava bem e que estava muito nervosa.

O António estava na Faculdade quando surgiram os primeiros sintomas. Começou com uma necessidade estranha de confirmar que tinha percebido bem aquilo que os outros lhe estavam a dizer. Gradualmente, esta necessidade de confirmação foi crescendo, obrigando-o a perguntar a mesma coisa várias vezes, para se certificar que tinha

compreendido correctamente e cresceu para outras formas: começou a sentir necessidade de se explicar bem (o que, diga-se de passagem, lhe estava a trazer fortes problemas relacionais, porque conseguia esgotar a paciência dos que o rodeavam), e de perceber exactamente o que estava a ver. Esta última questão fazia com que se tornasse bastante visível que algo de estranho se passava com ele, porque uma mera falha na parede, por exemplo, ou uma ambiguidade no chão, bloqueava-o, imobilizava-o, enquanto se detinha a contemplá-la até se sentir satisfeito de que a conseguia explicar, saber do que se tratava, sem margem para dúvidas.

Ao aperceber-se da quantidade de tempo que estava a perder diariamente com estas actividades de redução de dúvida e de certificação, bem como das reacções das pessoas que o rodeavam, e atingido um grau intolerável de angústia e ansiedade em torno da questão, começou a isolar-se, desistindo das aulas, subtraindo-se às actividades sociais, numa tentativa de se proteger das situações que dessem início aos seus comportamentos compulsivos.

O Paulo sempre teve alguns cuidados um pouco mais elaborados do que para a generalidade das pessoas, relativamente a questões de limpeza. No entanto, os seus dois duches diários, a relativamente frequente lavagem de mãos e, mesmo, os cuidados de limpeza com os seus objectos e ambiente de trabalho pouco ou nada interferiam com a sua qualidade de vida, nem tão pouco eram apontados como estranhos ou indesejados, pelas pessoas que com ele conviviam.



No entanto, na sequência de uma rescisão de contrato de trabalho que terminou a sua carreira directiva, contra a sua vontade, e que o atirou para o desemprego aos 54 anos, muito rapidamente a situação ficou descontrolada. As ideias de que poderia ficar contaminado com alguma coisa perigosa se tocasse em determinadas superfícies ou objectos, como maçanetas das portas de sítios públicos, o chão de qualquer sítio, um telemóvel que não lhe pertencesse, começaram a surgir-lhe associadas a uma noção de perigo eminente e, se não fizesse nada por se purificar desse contágio, a sensação de alarme permanecia, gerando doses elevadas de ansiedade. Existiam, igualmente, alguns locais, que em determinadas situações, ele evitava: por exemplo, não conseguia entrar na cozinha depois de tomar duche, porque sentia que ficava sujo – e, assim, rapidamente instituiu o hábito de tomar duche se entrasse na cozinha.

Um ano após o exagero dos primeiros sintomas, lavava as mãos cerca de 50 vezes por dia, de uma forma ritualizada e meticulosa, tomava cerca de 4 duchas diárias, nenhum dos quais com uma duração inferior a 30 minutos, porque se obrigava a uma rotina pormenorizada e rigorosa de higiene pessoal e evitava o contacto com variadíssimos objectos e locais do quotidiano. A rotina familiar foi profundamente afectada e praticamente girava em torno das consequências deste distúrbio ansioso – a lavagem de roupas de casa e pessoais, a obrigatoriedade de os elementos da família também se lavarem antes de o tocarem ou tocarem em objectos da sua utilização, a forte penalização da vida social, rica em elementos potencialmente contaminantes e, por isso, cada vez mais evitada...



Não bastando a diminuição do orçamento familiar pelo desemprego, somou-se-lhe a falta de esperança na possibilidade de assumir qualquer trabalho, oportunidade já de si longínqua pelo factor idade, impossível dadas as horas consumidas em rotinas de higiene pessoal e limpeza. Esta não era uma pessoa apenas em crise: era toda uma família esgotada e angustiada, que tinha sido apanhada pelas ondas de impacto da perturbação obsessivo-compulsiva.



O que é a perturbação obsessivo-compulsiva?

Trata-se de uma desordem da ansiedade caracterizada pela presença de obsessões ou compulsões, que a pessoa reconhece serem excessivas e irracionais.

Obsessões são pensamentos, ideias, imagens, impulsos ou dúvidas, de natureza intrusiva e persistente, que são sentidos por quem os tem como inaceitáveis, sem sentido lógico ou de conteúdo bizarro, e que geram perturbação sob a forma de ansiedade ou dúvida. Apesar de as obsessões serem muito específicas a cada pessoa, geralmente dizem respeito aos seguintes temas: agressão e violência, responsabilidade por causar mal, contágio, sexo, religião, necessidade de exactidão ou ordem, e doenças graves. A maioria das pessoas que sofre desta perturbação evidencia tipos múltiplos de obsessões e, ao longo do tempo, tende a ir mudando de tipo de obsessões.

Compulsões são impulsos para executar rituais comportamentais ou mentais para reduzir a ansiedade ou a probabilidade do perigo associado às obsessões. Os rituais compulsivos são deliberados, mas claramente não relacionados com o medo obsessivo que se destinam a neutralizar ou são excessivos em relação a este. Os rituais podem ser comportamentos visíveis ou actos mentais, impossíveis de ser reconhecidos por outros. Exemplos de rituais comportamentais visíveis: lavagens repetidas das mãos, verificações repetidas (das fechaduras, dos electrodomésticos, água, gás, etc), contar (objectos, situações, etc), repetições de acções de rotina (por exemplo, passar por portas). Exemplos de rituais mentais: orações repetidas excessivamente numa



necessidade de cumprir um qualquer objectivo de redução de ansiedade, usar determinadas palavras, números ou imagens para neutralizar um medo obsessivo.

A descrição que acabámos de fazer facilmente nos transporta para uma realidade estranha – um pouco como se achássemos bizarro mas, simultaneamente, nos reconhecêsemos um pouco, quando nos detemos nalguns aspectos da descrição. De facto, todos nós temos pequenas versões funcionais de pensamentos obsessivos e de rituais compulsivos. Aliás, falar de saúde mental, é falar de uma graduação contínua: nos extremos da linha situa-se a disfuncionalidade e no meio... bem, no meio está a virtude, como diz a sabedoria popular. As obsessões e compulsões mais não são do que fenómenos exagerados do funcionamento normal do ser humano, por isso as reconhecemos de alguma forma.

Apesar de muito frequente, o problema é que não se fala sobre esta perturbação, ou seja, é muito pouco conhecida da população em geral (toda a gente fala de depressão, mas quem é que costuma dizer que teve um caso obsessivo-compulsivo, hem?). E, no entanto, os dados mais recentes apontam para cerca de 1 em cada 50 adultos a reunirem as condições para um diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva. Por isso, infelizmente, não está sozinho. Aliás, é a 4ª perturbação psicológica mais comum, depois da depressão, dependência de substâncias e fobias.

Uma situação problemática é que, muitas vezes, infelizmente, passam-se vários anos desde os primeiros sintomas até que se inicie um tratamento, quer porque quem sofre desta perturbação pouco fala sobre ela, quer porque nem sempre o diagnóstico é feito



ao nível dos cuidados primários. E sem tratamento, neste caso, não há melhoria, uma vez que se trata de uma perturbação progressiva, com tendência a piorar, ainda que possa ter oscilações na sintomatologia, ao longo dos anos, piorando, regra geral, em situações de maior stress.

Mas, agora, anime-se! Pode ser tratado – isto não foi uma maldição de uma fada má, que compareceu no dia do seu baptizado...

Pensamentos que entram sem convite!

Na perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), as obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens, intrusivos e indesejados, que criam ansiedade, medo, desconforto ou mal-estar. O conteúdo dessas obsessões é, frequentemente, desprovido de sentido ou bizarro. Estes conteúdos organizam-se em categorias de que temas frequentes são a possibilidade de fazer mal (a si mesmo ou a outros), impulsos violentos, sexo, religião, erros, aparência física, micróbios ou vírus, doenças, necessidade de ordem e exactidão, entre outros. Como as obsessões criam ansiedade e desconforto, as pessoas, normalmente, tentam resistir-lhes, pará-las ou controlá-las de alguma forma, subtraindo-se, assim, à ansiedade que provocam. O problema é que isto não resulta ou, quando resulta, é apenas temporário, durante um período curto de tempo. Depois, os pensamentos voltam e quase parecem desenvolver uma vida própria, uma autonomia que nos escapa ao controlo.



O que a maioria não se apercebe é que praticamente toda a gente tem pensamentos intrusivos indesejados – fazem parte da nossa actividade intelectual normal; o cérebro é uma máquina de fazer pensamentos (bem, entre outras coisas importantes que faz, naturalmente!). Assim, é importante que perceba que estes pensamentos obsessivos que tem, desagradáveis, perturbadores, repugnantes, bizarros e sem sentido, não são perigosos nem anormais.

Toda a gente sabe o que é ter um pensamento que surge sem razão aparente e sem lógica. Desde os devaneios com a possibilidade de ganhar o Euromilhões (sim, tenho, e não jogo...), passando por imagens aterrorizadoras de perigo ou catástrofes até às dúvidas que nos assaltam e às quais não reconhecemos sentido porque são opostas a tudo aquilo que pensamos e somos, o que é facto é que todos os seres humanos têm pensamentos ilógicos e indesejados, muito parecidos com os conteúdos das obsessões no POC. Ou seja, pessoas que não sofrem de POC têm os mesmos tipos de pensamentos indesejados e intrusivos do que as pessoas que sofrem de POC. Abaixo, encontra uma lista exemplificativa de alguns pensamentos intrusivos reportados por pessoas que não têm POC:



- Imagem de saltar da ponte para a auto-estrada
- Pensamentos de conduzir o carro para fora da estrada ou de encontro ao trânsito no outro sentido
- Pensamento de espetar um objecto nos olhos
- Impulso de saltar para os carris quando o comboio se aproxima da estação
- Imagem de magoar ou matar um ente querido
- Ideia de fazer alguma coisa má a um idoso ou a um bebé
- Desejo súbito de que alguém morra
- Impulso de atropelar um peão que anda muito devagar
- Impulso de esbofetear alguém que fala muito
- Pensamento de que alguma coisa de terrível vai acontecer como consequência de um erro cometido
- Pensamento de ter um acidente enquanto se conduz com crianças no carro
- Pensamento de atropelar alguém, sem querer
- Imagem de um ente querido a ser ferido ou morto
- Pensamento de receber a notícia da morte de um familiar chegado
- Ideia de que os outros possam pensar que se é culpado de ter roubado algo
- Imagem de um guarda-chuva a espetar-se num olho
- Pensamento de se ficar encurralado num carro, debaixo de água
- Pensamento de apanhar doenças em vários locais, como nas casas de banho
- Pensamento de que as mãos estão sempre sujas

- Pensamento de apanhar uma doença pelo contacto com outra pessoa
- Impulso para insultar um amigo sem qualquer razão aparente
- Imagem de gritar com familiares
- Impulso de dizer qualquer coisa desagradável ou imprópria a alguém
- Dúvida quanto a ter deixado a porta trancada
- Impulso para fazer alguma coisa embaraçosa ou terrível
- Pensamento da casa ser assaltada enquanto se está fora
- Pensamento de ter deixado um electrodoméstico ligado e provocar um incêndio
- Pensamento de molestar sexualmente uma criança
- Pensamento de que a casa possa ter ardido e possa ter perdido tudo o que possuía
- Pensamento de ter deixado o carro destrancado
- Pensamentos contrários às crenças morais ou religiosas
- Desejar que alguém fracasse
- Pensamentos de partir todos os objectos de vidro numa mesa
- Pensamentos de violência sexual
- Impulso sexual em relação a mulheres atraentes
- Pensamentos sobre actos sexuais “não naturais”
- Imagem de órgãos sexuais
- Imagem dos avós a terem relações sexuais
- Incómodo com objectos que não se encontram organizados de uma forma perfeita



Mas porque é que toda a gente tem este tipo de pensamentos? Provavelmente, porque, como seres humanos, temos cérebros muito desenvolvidos e criativos, capazes de imaginar todo o tipo de cenários – alguns mais agradáveis do que os outros. Por vezes, o nosso “gerador de pensamentos” produz pensamentos sobre perigo, ainda que possa não existir qualquer ameaça realmente presente. Os seres humanos têm milhares de pensamentos enquanto estão acordados e enquanto dormem, por isso, naturalmente, de vez em quando, o nosso cérebro produz alguns que são bizarros e ilógicos – o que poderemos chamar de “ruído mental”. Por vezes, estes pensamentos surgem como resposta a estímulos reais, como a imagem de uma faca, uma casa de banho, conduzir ou ver uma imagem religiosa. Outras vezes, atravessam-nos o espírito sem razão aparente.

Depois de vários estudos científicos sobre pensamentos intrusivos, chegou-se à conclusão que as pessoas com POC não têm nada de anormal no cérebro que os faça ter pensamentos obsessivos terríveis, ilógicos ou imorais. Muito pelo contrário, as obsessões do POC, por muito inaceitáveis, perturbadoras, angustiantes, disparatadas, nojentas, violentas ou depravadas que possam ser, desenvolvem-se a partir de vivências absolutamente normais.



Obsessões “normais” e obsessões “POC”

Mas, se ter pensamentos “esquisitos” é normal, então, porque é que alguns se transformam em verdadeiras obsessões enquanto outros permanecem no anonimato da categoria do ruído mental?

De acordo com a investigação científica até à data, existem algumas diferenças importantes que permitem distinguir entre uma qualidade normal e obsessiva de pensamento.

As obsessões POC são mais perturbadoras do que as obsessões normais

Apesar de toda a gente ter pensamentos indesejados, diferimos na **forma de interpretar** o significado destes pensamentos. Quando os pensamentos são interpretados como ameaçadores, geram medo, ansiedade e perturbação.

A investigação científica demonstra que as pessoas que não sofrem de POC encaram os pensamentos indesejados que têm, como sendo “ruído mental”, assumindo-os como normais e ilógicos. Por exemplo, uma pessoa pode dizer a si própria: “Que disparate, eu nunca faria isso!” ou “Isto não faz qualquer sentido”. Quando isso acontece, a pessoa deixa de prestar atenção a esse pensamento, que acaba por desaparecer sem dificuldade – se não há nada nessa ideia que capte a atenção, é como se o cérebro se fartasse dela e fosse procurar outra coisa com que se entreter.



Por outro lado, as pessoas diagnosticadas com POC tendem a interpretar incorrectamente estes pensamentos indesejados mas normais, atribuindo-lhes importância, um significado especial, assumindo que são perigosos ou que representam uma ameaça real, que podem ser um sinal de algo. Podem pensar coisas do género: “É mau sinal ter este tipo de pensamento”, “Se estou a pensar numa coisa má, é porque é verdade”, “Se eu pensar em coisas más, é porque sou uma má pessoa” ou “Se estou a ter pensamentos destes é porque estou a perder o juízo ou é sinal de que vou perder o controlo e fazer alguma coisa horrível”.

Quando uma pessoa interpreta os seus próprios pensamentos como perigosos ou ameaçadores, sente-se, naturalmente, perturbada ou ansiosa. Claro que, se acreditar realmente que ter certos pensamentos indesejados significa que vai acontecer alguma coisa má, é normal sentir medo. No entanto, é importante perceber que o problema é a interpretação errada que se faz do pensamento intrusivo, e não o próprio pensamento. O pensamento é uma experiência normal, que não faz mal nenhum. Interpretá-lo incorrectamente como perigoso faz com que ele se torne perturbante para quem o tem.



As pessoas que sofrem de POC resistem mais aos pensamentos de tipo obsessivo do que as pessoas que não sofrem deste transtorno

Interpretar incorrectamente alguns pensamentos indesejados e intrusivos como perigosos leva não só à ansiedade, mas também à vontade de resistir-lhes ou afastá-los do espírito, acto no qual, por vezes, se consome muita energia.

De facto, uma reacção universal a algo que nos provoca medo ou ansiedade é evitá-lo. Repare: se tiver medo de cobras é natural que evite ir para o reptilário do jardim zoológico... Por isso, as pessoas que sofrem de POC investem muita energia em evitar, anular ou neutralizar os seus eventos internos referentes a pensamentos, impulsos ou imagens mentais que lhes criem mal-estar, ansiedade ou, mesmo, repugnância. Infelizmente, também é uma reacção universal aumentar-se a ansiedade face às situações que se evita, porque isso não nos permite validar, na prática, passando pela experiência, que não existe motivo para se recear essas situações (claro que, existem situações que geram medo e que devem ser evitadas, mas todos nós temos a noção lógica e racional de quais são – a nenhum de nós passa pela cabeça levar para casa uma cascavel cheia de veneno nos dentinhos, não é?).

A resistência a um evento interno (pensamentos, sensações, etc) tem por consequência última aumentá-lo de frequência ou intensidade. Assim, se enuncia uma lei com excepções tão raras que, de momento, não nos lembramos de nenhuma...



As obsessões POC são mais repetitivas do que as obsessões normais

Isto significa que as pessoas que sofrem de POC reportam maior frequência de pensamentos obsessivos. Por vezes, estes pensamentos surgem na sequência de algo fisicamente presente mas, noutras vezes, parecem surgir do nada. O carácter repetitivo das obsessões também tem muito a ver com a forma como a pessoa interpreta este tipo de pensamentos.

Mais especificamente, assim que um pensamento intrusivo é interpretado como ameaçador, activa o sistema automático de detecção de perigo com que nascemos equipados (o sistema de fuga ou luta) o que faz a pessoa tornar-se hiper-alerta, em guarda, vigilante em relação àquilo que sente como uma ameaça. Esta é uma reacção normal e adaptada sempre que detectamos uma ameaça, porque nos ajuda a protegermo-nos do perigo. Por exemplo, quando tem de atravessar uma rua movimentada, este sistema automático de detecção de perigo começa a funcionar, tornando-o muito alerta e consciente dos carros que possam vir na sua direcção, permitindo-lhe fugir em segurança no caso de necessitar de o fazer.

No caso das obsessões POC, a ameaça que é percepcionada é um pensamento intrusivo que, não fora o facto de estar a ser percebido como uma ameaça, seria perfeitamente normal. É esta interpretação incorrecta que faz com que as pessoas com POC se tornem hiper-conscientes (preocupadas) com os seus pensamentos indesejados, como se eles fossem realmente perigosos. Esta tendência a preocupar-se com eles faz com que se tenha mais consciência da sua ocorrência, se esteja mais



vigilante em relação à possibilidade de aparecerem e com que eles ocorram com mais frequência (quem procura, sempre encontra...).

Existem outras formas de reagir aos pensamentos intrusivos que podem fazer aumentar a frequência com que ocorrem. Por exemplo, os seres humanos não são lá muito bons a tentar controlar os seus próprios pensamentos, basicamente porque o nosso cérebro não tem a capacidade de eliminar coisas da consciência: pode interpretá-las, transformá-las, aumentá-las, diminuí-las, mas não pode não pensar nelas! Experimente, por exemplo, não pensar numa girafa azul, com pintas cor-de-rosa. Aposto que a primeira coisa que fez, foi, precisamente, construir uma imagem de uma girafa azul com pintas cor-de-rosa – depois, terá arranjado uma maneira qualquer de acrescentar uma legenda que indica a proibição de pensar nisso. Mas o pensamento está lá. Por isso, tentar afastar os pensamentos (o que se designa por supressão de pensamentos) acaba por levar a um aumento na frequência dos pensamentos indesejados. Se está a ter pensamentos que o incomodam, porque os interpreta como ameaçadores, e os tenta afastar a todo o custo, vai, muito provavelmente, acabar por aumentar a sua frequência e criar um ciclo vicioso de mais ansiedade e tentativas vãs de suprimir os pensamentos, gerando mais ansiedade...

Um dos objectivos da intervenção psicoterapêutica é precisamente ajudá-lo a aprender a encarar estes pensamentos de uma forma adaptada, como “ruído mental”, para que deixem de causar problemas de natureza obsessiva.



Factores que mantêm a ansiedade obsessiva

Resumindo, e clarificando alguns outros processos que intervêm na manutenção da ansiedade disfuncional como resultado das obsessões:

Atenção selectiva	A hiper-vigilância em relação a sinais de ameaça facilita a detecção de estímulos obsessivos, na lógica de que quem procura, sempre encontra
Raciocínio emocional	A reacção fisiológica a ameaças percebidas é uma resposta normal do organismo, que o deixa instantaneamente preparado para lutar ou fugir, ou seja, garantir a sua sobrevivência. Normalmente, esta reacção é sentida como desagradável (ninguém gosta de sentir o coração a bater aceleradamente, ou de ficar com dores no pescoço de tensão, por exemplo). Como a pessoa não se sente bem, interpreta isso como um sinal de que é porque existe, realmente, uma ameaça: “Se sinto que algo está mal, então é porque, objectivamente, algo está mal”.



Comportamento protector e evitamento passivo	Como a pessoa acha que existe uma ameaça, comporta-se de uma forma auto-protectora, isto é, de uma forma, seja ela qual for, que lhe permita diminuir a ansiedade. Ao proteger-se, no entanto, impede-se de aprender que, se não o tivesse feito, nada de errado iria acontecer. Ou seja, entra-se num ciclo pouco produtivo: se acreditar que um dado país é muito perigoso, provavelmente vai optar por nunca lá ir, certo? Mas se nunca lá for, também nunca terá a certeza quanto ao perigo real que lá possa existir...
Esconder as obsessões	Muitas pessoas com POC optam por não falar sobre as suas obsessões com os outros o que não lhes permite verificar que os pensamentos intrusivos são normais
Tentativa de controlo dos pensamentos	As tentativas de controlar ou suprimir os pensamentos indesejados levam a um aumento desses mesmos pensamentos. Por sua vez, esse facto leva a que as pessoas, erradamente, pensem que não conseguem controlar os seus pensamentos o que cria mais perturbação e ansiedade.



O papel das crenças e distorções

As nossas **crenças**, ou convicções, constituem aquilo em que acreditamos e que guia as nossas avaliações sobre nós próprios, sobre os outros e sobre o mundo. Desde pequenos que se vão formando, com a contribuição sociocultural, dos pais e familiares, dos amigos, dos nossos encontros com a realidade. A cada minuto que passa vamos aprendendo algo sobre nós e sobre o que nos rodeia, levando-nos a formular regras e teorias sobre como as coisas funcionam. Às vezes, no entanto, aprendemos coisas pouco úteis; outras aprendemos coisas que são úteis naquele momento mas que, com o crescimento ou a evolução natural da sociedade, se desactualizam; e outras vezes, aprendemos, ainda, coisas que são claramente incorrectas.

Tal como as crenças, as **distorções cognitivas** resultam, igualmente, de um processo de aprendizagem; distorção cognitiva é uma forma disfuncional de percepção, normalmente ligada a regras ilógicas sobre como interpretar as coisas.

Do conjunto de crenças e distorções disfuncionais características de quem desenvolve uma perturbação obsessivo-compulsiva encontram-se os seguintes inimigos nº 1:



1. **Intolerância à incerteza:** necessidade de ter a garantia de que se está 100% seguro. Qualquer pequena dúvida ou ambiguidade é interpretada de uma forma negativa e exagerada, como significando que é provável obter-se um resultado desfavorável.

“É fundamental para mim perceber tudo o que se passa à minha volta, sem margem para dúvidas! Por exemplo, o que é que me está a dizer? O que é essa mancha, aí, à sua direita?”

“Eu preciso de ter a certeza de que não deixei o gás ligado.”

2. Estimativa exagerada da ameaça/perigo:

-  Exagerar a probabilidade de resultados negativos e/ou
-  Exagerar a gravidade das consequências negativas

“Se eu não tiver endireitado o tapete da porta, para ficar completamente centrado, a minha avó pode tropeçar e partir uma perna”

“Se eu comer esta fruta oferecida pela minha vizinha, posso estar a ser envenenado e morrer”



“Como bebi duas cervejas, ontem à noite, com os meus amigos, posso ter dito aquela coisa horrível que eu não quero que ninguém saiba que eu penso”

“Se eu tocar no chão posso apanhar uma doença horrível”

3. **Estimativa exagerada de responsabilidade:** Acreditar que se tem o poder de impedir resultados negativos. Acreditar, também, que não conseguir evitar o mal é o mesmo que causar o mal.

“Se eu mantiver a imagem dos meus filhos saudáveis e felizes, posso impedir que lhes aconteça alguma coisa”

“Se eu não conseguir garantir que não vai haver nenhuma inundação, por ter deixado as torneiras bem fechadas, vou causar um problema grave a todo o prédio”



4. **Importância dos pensamentos:**

-  Acreditar que pensamentos indesejados, intrusivos e sem lógica são importantes ou, de alguma maneira, significam algo.
-  Fusão moral entre pensamento e acção: crença de que os pensamentos são moralmente equivalentes aos comportamentos – pensar e fazer é moralmente a mesma coisa
-  Probabilidade da fusão entre pensamento e acção: crença de que se pensar em algo mau isso pode acontecer

“Eu não posso ter estas ideias, em que me vejo a agarrar numa faca e a esfaquear a minha mãe; seria a última coisa que eu faria. Pensar uma coisa destas é sinal de o posso fazer, por isso, não posso pensar nisso”

“Se eu pensar na morte, estou a atrair a possibilidade de alguém de quem gosto morrer”

5. **Necessidade de controlar os pensamentos:** Acreditar que se pode e se deve controlar os pensamentos maus e indesejados; e de que esse controlo deve ser exercido para impedir maus resultados

“Eu tenho de controlar aquilo em que penso, porque só as pessoas capazes de fazer coisas horríveis é que são capazes de as pensar...”



6. **Intolerância à ansiedade:** Acreditar que a ansiedade e o desconforto podem manter-se para sempre ou entrar numa espiral descontrolada, levando à loucura ou a outras consequências negativas

“Não posso começar a pensar nisto, porque vou ficar em pânico, e não aguento. Sabe-se lá o que me poderia acontecer ou o que eu seria capaz de fazer, se ficasse descontrolado...”

7. **Perfeccionismo:** Acreditar que as coisas têm uma forma “certa” de ser feitas, equilibrada, completa ou perfeita e de que só assim se pode estar bem

“Ser organizado e manter tudo controlado é muito importante. As pessoas sempre me valorizaram muito por eu manter sempre tudo em perfeita ordem”

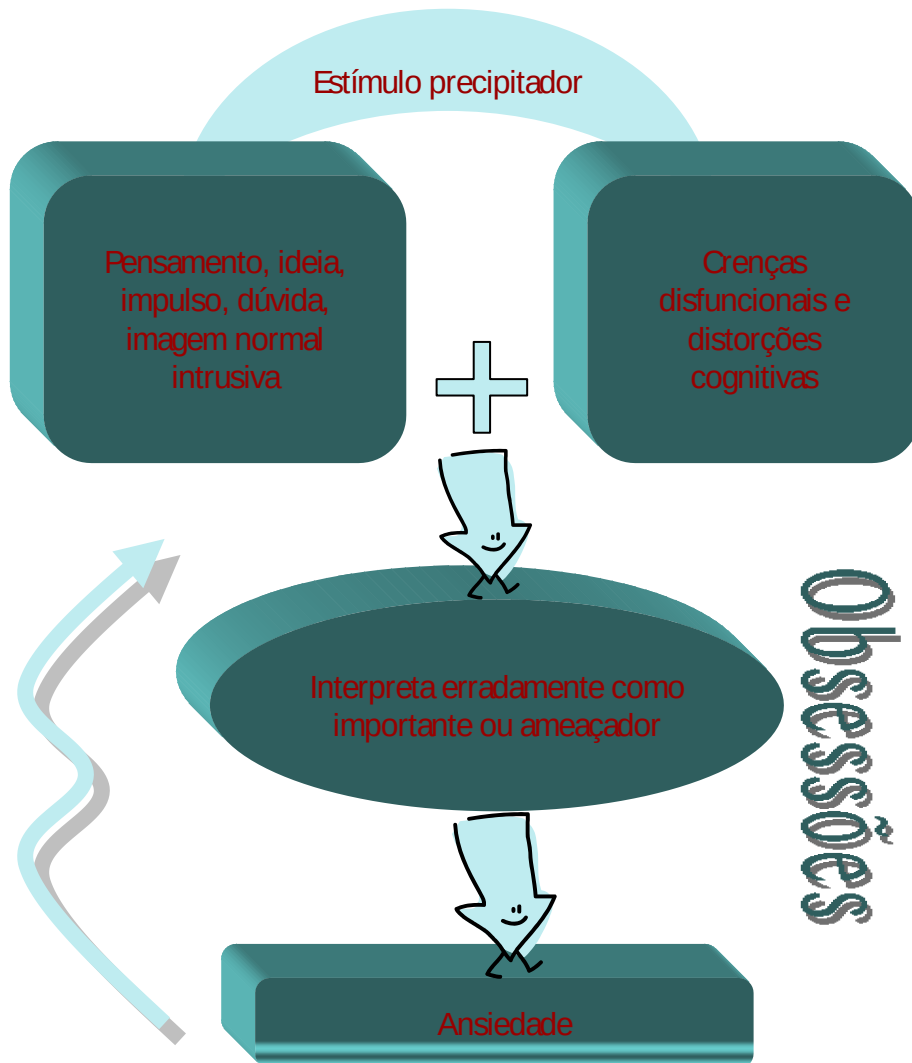
8. **Raciocínio emocional:** Acreditar que existe um perigo baseando-se no facto de se sentir ansioso, ou seja, partir das emoções para justificar o raciocínio, em vez de os encarar como categorias separadas.

“Eu sinto que isto não é bom”

“Se me sinto mal, é porque está para acontecer algo de mal”

“Estou muito nervoso para saber os resultados das análises e tive um sonho horrível em que as análises davam positivo. Tenho a certeza que vou ter más notícias”

E assim se faz uma obsessão...



Compulsões ou comportamentos de protecção

Enquanto que as obsessões são geradoras de ansiedade, as compulsões são redutoras da ansiedade. Sempre que estiver em dúvida para definir uma particularidade relativa à sua própria expressão da POC, assuma esta regra geral, baseada na função que esta desempenha.

Estes rituais podem ser visíveis ou actividades internas (coisas em que se pensa), como nos exemplos que vimos logo no início:

- A Maria recita uma pequena oração para afastar a má sorte (ritual mental)
- A Maria entra e sai do carro até ter a certeza de que não existiu nenhum pensamento seu que pudesse ter provocado uma infelicidade (ritual comportamental)

Os rituais comportamentais são os que mais embaraçam as pessoas porque, incontroláveis como são e, muitas vezes, baseados na repetição, fazem com que a pessoa se sinta fortemente embaraçada.

Na maior parte das situações existe uma relação entre a actividade obsessiva e a execução de uma compulsão, ainda que essa relação não seja necessariamente ao nível do conteúdo. A relação entre conteúdo das obsessões e compulsões pode ser tão diversa quanto estes exemplos:

- No exemplo do Paulo, o sentir-se sujo e as obsessões de contaminação fazem sentido em relação às suas frequentes lavagens e actos de limpeza que, no entanto, resultam fortemente exagerados em relação à realidade.
- No caso da Maria, o entrar e sair do carro em nada se relaciona com o medo de atrair a possibilidade de um infortúnio aos seus filhos.



No entanto, esta relação cria-se pelas consequências de cada uma das características: as obsessões têm por resultado o aumento da ansiedade e as compulsões permitem reduzi-la. Esta é a ligação fundamental que faz com que obsessões e compulsões andem de mãos dadas e é sobre esta ligação que se intervém em psicoterapia, fragilizando-a até a romper.

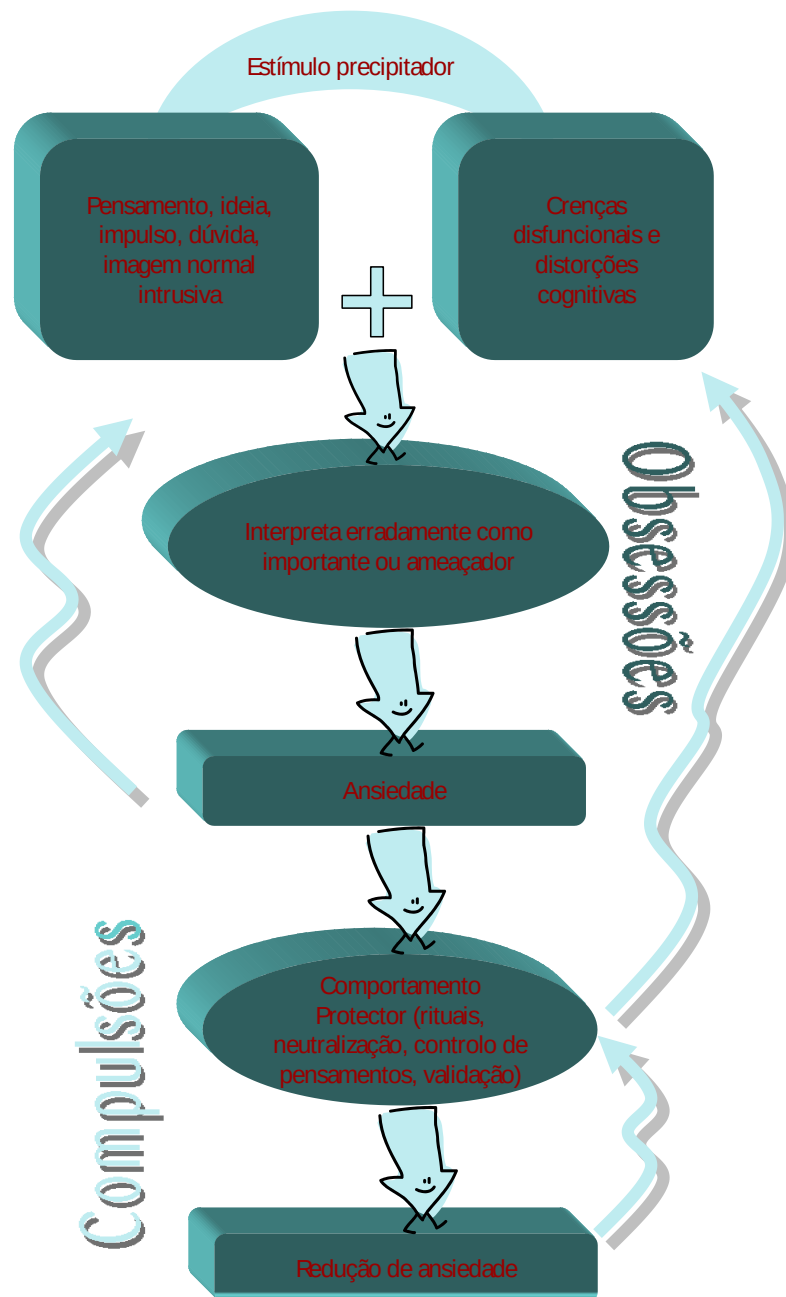
De uma forma mais abrangente, podemos dizer que todas as compulsões ou rituais compulsivos assumem a forma de um comportamento, visível ou não, de protecção. Tentando sistematizar, podemos encontrar algumas categorias funcionais em que se inserem os tipos de comportamento de protecção na POC:

Comportamento de protecção	Exemplos
Evitamento passivo	Evitamento de situações e estímulos que evocam o pensamento obsessivo (evitar conduzir, contactar algumas pessoas, evitar certos locais, tocar em certos produtos, ver determinadas imagens, dizer algumas palavras, etc)
Rituais compulsivos	Lavar as mãos, verificar torneiras, pedir confirmação de um dado estado, repetir actividades de rotina

Neutralização mental	Rituais mentais (repetir orações, palavras “boas” ou frases “protectoras”, etc); actos mentais breves (cancelar um pensamento “mau” com um pensamento “bom”)
Rituais breves ou subtis	Rotinas de limpeza abreviadas mas ainda excessivas, verificações rápidas de que os electrodomésticos se encontram desligados, constante verificação da expressão não verbal dos outros, etc



Assim se instala uma perturbação obsessivo-compulsiva



Ficar bem!

A intervenção psicoterapêutica

O tratamento que vai fazer é muito exigente. Em primeiro lugar, exige tempo da sua parte, porque vai ser baseado em exercícios que, além de efectuados durante a sessão, deverão ser repetidos entre sessões. Em segundo lugar, exige muito esforço, porque se vai ver confrontado com os seus piores receios. Finalmente, exige um empenho elevado, porque vamos partilhar responsabilidades; só o próprio pode saber de si, conhecer os seus medos e as suas estratégias para se acalmar; só o próprio conhece os seus limites e os seus recursos pessoais.

Por isso, o tratamento funciona consigo activamente empenhado no processo de mudança, responsável por partilhar, propor e validar todo e qualquer curso de acção. O terapeuta age como um treinador, em total colaboração consigo: conhece as técnicas e a sua forma de implementação, sabe o que melhor funciona e o que não pode ser feito, sob pena de penalizar o tratamento. Assim, a nós compete-nos propor a intervenção e avaliar os resultados, procurando consensos e a melhor forma de implementação das acções, de acordo consigo.

Vamos só rever a forma como chegou aonde está. As ideias/pensamentos intrusivos normais desenvolveram-se em obsessões extremamente perturbadoras e que o fazem desperdiçar tempo, no momento em que as começou a interpretar como ameaças pelas quais se assume responsável. Ao interpretar os pensamentos desta forma, há



uma escalada de ansiedade, o que o leva a tentar suprimir ou neutralizar essas ideias ou pensamentos e a tentar evitar que aconteçam consequências negativas associadas aos pensamentos – e aqui, surgem as compulsões. Desta forma, obsessões e compulsões ficaram ligadas entre si, num processo de associação reafirmado a cada dia que passa. Uma boa forma de olharmos para essa associação é imaginar uma corda entre obsessões e compulsões: de cada vez que a obsessão é evitada, ou que surge um comportamento protector (compulsão) que visa baixar a ansiedade inerente, é acrescentado mais um fio nesta corda, tornando-a mais grossa e firme.

Dito isto, o processo de intervenção destina-se a enfraquecer esta corda, fio a fio. E não é agradável... A boa notícia é que é eficaz.

Basicamente, vamos estar centrados em duas técnicas, que compõem as duas faces da mesma moeda: exposição e eliminação de resposta.

A **exposição** envolve o confronto gradual das situações e pensamentos que geram o medo obsessivo, bem como o confronto com as consequências dessa mesma exposição. Ou seja, tudo aquilo que tem evitado fazer. Brrrrr!!!!.... Malvadez de psicólogos, certo? Este processo exige que fique exposto até que a ansiedade que está associada a estas situações diminua sozinha, até estar na sua janela de conforto, sem qualquer tentativa de sair da situação ou executar comportamentos protectores, sejam eles comportamentais ou mentais. Daí a **eliminação de resposta**: em simultâneo com a exposição impede-se qualquer comportamento (visível ou mental) que sirva para reduzir a ansiedade ou parar a exposição. Decididamente, está você a pensar:



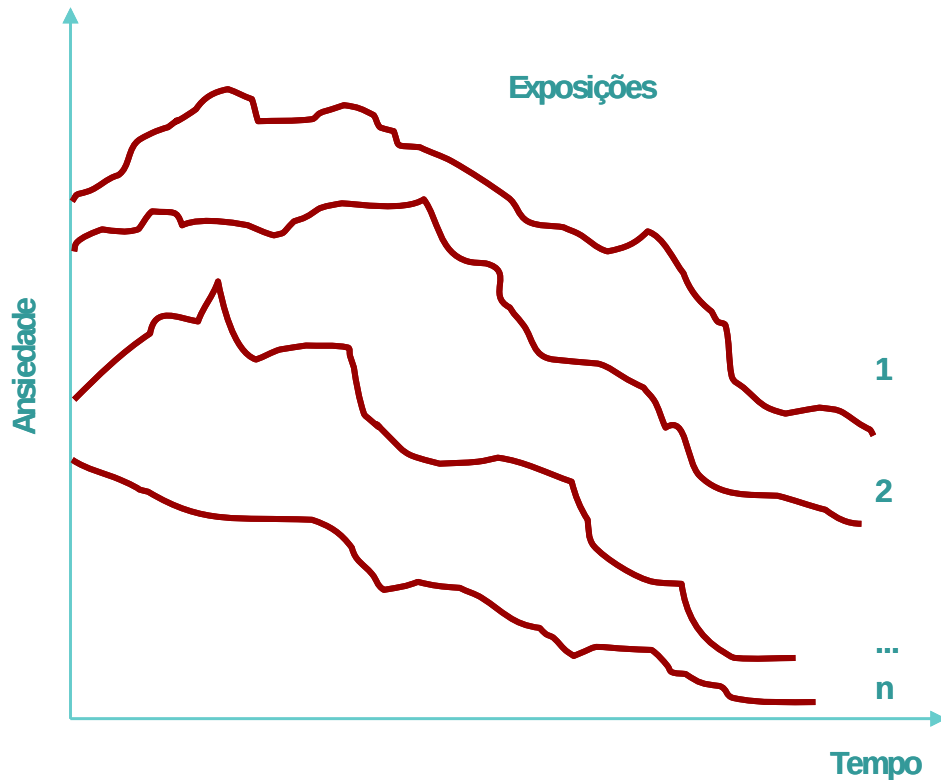
psicólogo é sádico... Desculpe! Há outras formas de fazer isto, mas nenhuma tem a eficácia deste modelo de tratamento.

É precisamente porque é desagradável que as sessões de tratamento, sobretudo as iniciais, têm uma frequência elevada, sucedendo-se rapidamente – se é para doer, que doa depressa, para poder respirar de alívio tão rápido quanto possível.

Além disso, existem técnicas próprias para colocar este procedimento em prática. De facto, explicado desta maneira resumida, parece ser simples e doloroso mas, na prática, é muito complexo, exigindo uma colaboração extremamente igualitária entre terapeuta e cliente e ancorada na confiança entre ambos, e é muito mais suave do que parece, à primeira vista, porque investimos bastante em graduar o nível de dificuldade dos exercícios, do ponto de vista da ansiedade que lhe provocam, de forma a conseguir ir progredindo tão em conforto quanto possível. Além disso, lembre-se, é sempre o cliente que define até onde consegue chegar, a cada momento.

O que vai acontecer, ao longo dos exercícios de exposição, pode ser representado como no gráfico abaixo:





Dito de outra forma: durante cada exposição a ansiedade vai baixando; de uma exposição para a seguinte, a ansiedade também vai baixando. A cada exposição, sem possibilidade de comportamentos protectores, os fios da corda que liga obsessões com compulsões vão sendo cortados. Até que as obsessões, uma a uma, e hierarquizadas desde a que gera menos ansiedade para a que gera mais, vão sendo dominadas e deixando de ser perturbadoras e a necessidade de comportamentos protectores desaparece.

Como a corda encontra a sua força no número de fios que a compõe, os exercícios entre sessões destinam-se a acelerar o processo, exponenciando o número de fios que podem ser cortados – se o trabalho fosse todo feito durante as sessões, não só seria incomportável, como seria mais difícil de ser generalizado para a sua vida do dia a dia. O consultório é sempre um meio artificial e não queremos que consiga controlar a perturbação obsessivo-compulsiva apenas dentro deste espaço – afinal, a sua vida acontece lá fora e é aí que tem de ser confrontado de uma forma funcional com o que o angustia.

Ao longo deste trabalho de natureza mais comportamental, vamos dedicando bastante tempo, igualmente, à “revisão crítica” das crenças/convicções e distorções cognitivas que sustentam a leitura que faz dos pensamentos que têm, da sua importância e do seu impacto. Esta é uma área de actuação conhecida pelo nome de intervenção cognitiva e é composta por um conjunto de técnicas que permitem analisar os seus processos de raciocínio e alterar aqueles que estão a impedir o seu progresso e bem-estar.

Nas situações que já assumiram alguma gravidade, com forte penalização da qualidade de vida, dedicamos tempo, igualmente, à análise de aspectos relacionados com o estilo de vida – o que fazer com todo o tempo que lhe vai sobrar, assim que deixar de o consumir em comportamentos protectores – e com as competências necessárias para construir a vida que ambiciona.



O esforço compensa?

A investigação científica certifica que este método atinge 80% de taxa de eficácia, ou seja, 80% das pessoas que completam o tratamento demonstram melhorias clínicas significativas.

Agora uma nota explicativa: estes estudos são baseados na aplicação de um procedimento terapêutico padronizado a um conjunto de pessoas. O que isto significa é que este nível de eficácia, já de si muito elevado, na prática clínica normal tende a ser maior, porque se pode fazer uma adaptação muito superior às características individuais de cada pessoa e porque, habitualmente, não se depende de um procedimento terapêutico único, antes fazendo-se intervir outras técnicas de suporte, que facilitam e agilizam a intervenção.

