

AMOSTRA GRÁTIS DO PSICOGUIA

Transtorno obsessivo-compulsivo

Um capítulo completo, organizado do mesmo jeito que todos os outros do guia: do entendimento do quadro ao tratamento sessão a sessão, com um caso comentado e um resumo para revisar antes do atendimento.

Como o capítulo está organizado

- | | |
|--|---|
| 1 Ficha técnica
Abordagem utilizada, duração e formato do tratamento. | 2 Em três linhas
Uma visão inicial para entender a proposta do capítulo. |
| 3 Entendendo o quadro
Como o problema funciona e o que contribui para sua manutenção. | 4 Como avaliar
Os pontos que merecem investigação. |
| 5 Tratamento passo a passo
A sequência de sessões do protocolo apresentado. | 6 Caso clínico comentado
Um exemplo fictício para acompanhar o raciocínio e a aplicação. |
| 7 Armadilhas comuns
Dificuldades e cuidados importantes ao longo do processo. | 8 Resumo de bolso
O essencial para uma revisão rápida. |

Material de estudo e consulta. O PsicoGuia apoia o estudo e a preparação dos atendimentos e não substitui a formação, a supervisão nem o estudo dos protocolos completos. O caso apresentado é fictício.

Referência principal: BARLOW, David H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed. O PsicoGuia organiza e comenta os tratamentos dessa obra, com texto, estrutura e casos próprios. Material independente, sem vínculo com o organizador, os autores dos capítulos ou a editora.

04

Transtorno obsessivo-compulsivo

ABORDAGEM

Exposição e prevenção de resposta (EPR)

DURAÇÃO TÍPICA

Intensiva: 15 sessões de 2h em 3 semanas. Ou 2 vezes por semana

FORMATO

Individual, com uma pessoa de apoio

EM 3 LINHAS

Pensamentos intrusivos estranhos todo mundo tem. No TOC, a pessoa os interpreta como perigosos e faz rituais para neutralizá-los. O ritual alivia por alguns minutos e ensina ao cérebro que o perigo era real. A EPR expõe o paciente ao que ele teme sem deixar que faça o ritual, até ele aprender que a ansiedade passa e a catástrofe não vem.

O TOC tem fama de difícil, e um tratamento mal conduzido realmente patina. Mas a EPR bem aplicada está entre as intervenções mais eficazes da psicologia, com efeitos que duram mais do que os da medicação sozinha. O segredo não está em técnicas sofisticadas. Está em levar a sério duas palavras: *exposição* e *prevenção*.



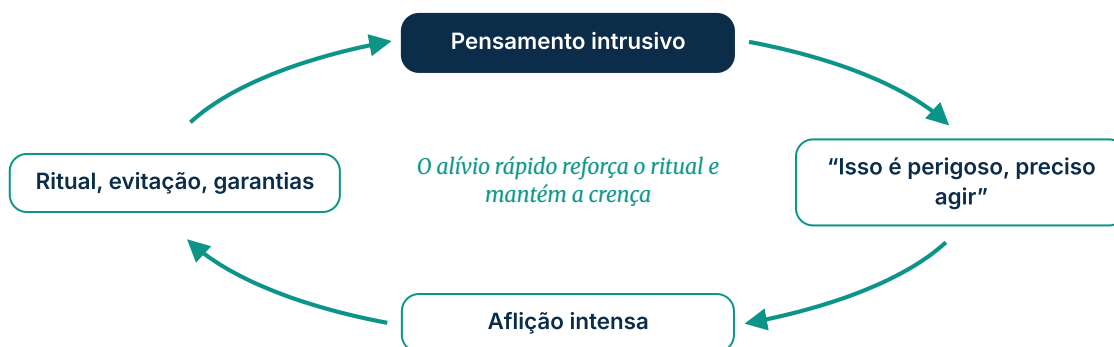
Entendendo o quadro

Obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos que geram aflição: contaminação, dúvida (“tranquei a porta?”), agressão (“e se eu machucar meu filho?”), sexualidade, religião, simetria.

Compulsões são comportamentos ou atos mentais feitos para reduzir essa aflição ou impedir uma desgraça: lavar, verificar, contar, ordenar, rezar, repetir frases mentalmente, pedir garantias. Obsessões e compulsões estão ligadas funcionalmente: uma aumenta a angústia, a outra a diminui.

A virada de chave do modelo cognitivo é esta: **cerca de 9 em cada 10 pessoas têm pensamentos intrusivos** do mesmo tipo. A diferença no TOC está na interpretação. Os principais vieses são:

- **Responsabilidade inflada:** “se eu pensei e não evitei, a culpa é minha”.
- **Fusão pensamento-ação:** “pensar é quase fazer” ou “pensar torna mais provável”.
- **Superestimar a ameaça e não tolerar a incerteza:** “preciso ter 100% de certeza”.
- **Supervalorizar o pensamento:** “se tenho esse pensamento, ele significa algo sobre mim e preciso controlá-lo”.



O ciclo do TOC: o alívio de curto prazo é o que mantém o problema.

⚠️ Obsessões de agressão: não confunda com risco real

A pessoa com TOC que tem o pensamento “e se eu esfaquear meu bebê?” fica horrorizada com ele, evita facas e busca garantias. O pensamento vai contra os seus valores. Isso é o oposto do perfil de risco real. Quando houver dúvida, avalie com cuidado, mas não trate a obsessão como intenção. Esse erro aumenta a culpa e reforça o TOC.



Como avaliar

- **Diagnóstico diferencial.** As preocupações do TAG são sobre temas do cotidiano e não vêm com rituais. A ruminação da depressão é sobre perdas e fracassos. Nos quadros psicóticos, a crença é delirante; no TOC com pouco insight, a convicção é alta mas oscila. Considere também tiques, dismorfia corporal, acumulação e tricotilomania.
- **Instrumentos.** A Y-BOCS é a entrevista padrão, com 10 itens de 0 a 4 sobre tempo ocupado, interferência, aflição, resistência e controle. Leva uns 30 minutos. O OCI-R é autoaplicável, tem 18 itens e seis subescalas: lavagem, verificação, ordenação, obsessão, acumulação e neutralização.
- **Mapeamento detalhado.** Levante os gatilhos externos (objetos, lugares), os internos (pensamentos, imagens, impulsos), as **consequências temidas** (o que aconteceria sem o ritual?), a evitação passiva e todos os rituais, **inclusive os mentais e a busca de garantias**.
- **Automonitoramento com relógio.** O paciente anota cada ritual na hora, com o gatilho e a duração exata, sem estimar e sem deixar para o fim do dia. Os pacientes costumam descobrir que o ritual não ocupa “o dia todo”.
- **Prontidão.** Uso de álcool ou drogas e depressão grave devem ser tratados antes. Sintomas psicóticos evidentes contraindicam o formato intensivo.



O tratamento passo a passo

EPR e medicação serotoninérgica são as opções com melhor evidência. A EPR é a escolha natural para quem prefere não usar medicação ou planeja engravidar, e seus ganhos tendem a se manter depois que o tratamento acaba. O formato intensivo diário e o formato de duas vezes por semana têm resultados parecidos no seguimento.

Fase 1

Coleta de informações e plano (4 a 6 horas, em 2 ou 3 dias)

Explique o fundamento: o tratamento quebra duas associações, entre o gatilho e a ansiedade e entre o ritual e o alívio. Ensine o automonitoramento. Monte a **hierarquia** com notas de 0 a 100 (SUDS). Escolha uma **pessoa de apoio** que ajude sem criticar e sem dar garantias.

Fase 2

EPR

Cada sessão segue a mesma estrutura: 10 a 15 minutos de revisão, cerca de 45 minutos de **exposição imaginal** (a cena temida narrada no presente, gravada para ouvir em casa), cerca de 45 minutos de **exposição ao vivo** e 15 minutos para planejar a tarefa do dia seguinte, que leva de 2 a 3 horas. Pergunte o SUDS a cada 10 minutos. O paciente deve chegar aos itens mais difíceis por volta da metade do tratamento.

Prevenção de resposta: regras escritas e claras. Por exemplo, nenhuma lavagem além de um banho curto em dias combinados, ou apenas uma verificação de itens rotineiros. Lembre as regras com frequência.

Fase 3

Visita domiciliar

Faça exposições no ambiente onde o TOC realmente acontece: a cozinha, o banheiro, o carro. Isso ajuda muito a generalizar os ganhos.

Fase 4

Manutenção

Apresente as regras de uma lavagem e de uma verificação "normais", planeje exposições para o dia a dia e combine o que fazer diante de um lapso. Faça sessões de reforço.

Como explicar ao paciente

"Cada vez que você faz o ritual, é como se dissesse ao seu cérebro: 'viu? O perigo era real, ainda bem que eu lavei'. E o alarme fica mais sensível. Na exposição, a gente faz o contrário: você encara o medo e não faz o ritual. A ansiedade sobe, fica um tempo no alto e depois desce sozinha. E você aprende uma coisa que o ritual nunca deixou você aprender: que dá para aguentar e que o desastre não acontece."

Exemplo de hierarquia: obsessões de agressão e verificação

SUDS

Usar faca de manteiga na mesa do café com a família

30

Cortar legumes com faca de cozinha, com a esposa na sala

50

Sair de casa verificando o fogão uma única vez

60

Ouvir a gravação da cena temida ("e se eu for capaz?") por 30 minutos

75

Cortar frutas com o bebê no cadeirão, na mesma cozinha

85

Ficar sozinho com o bebê a tarde inteira, com as facas na gaveta de sempre

95



CASO CLÍNICO

Rodrigo, 36 anos, contador, pai de primeira viagem

Dois meses depois do nascimento do filho, Rodrigo começou a ter imagens intrusivas de machucá-lo com uma faca. Ficou apavorado. Escondeu as facas, parou de dar banho no bebê, não ficava mais sozinho com ele e perguntava à esposa várias vezes por dia: “Você acha que eu sou perigoso?”. Passou também a verificar o fogão e as portas cerca de 30 vezes antes de dormir e a rezar uma oração específica sempre que a imagem aparecia. A Y-BOCS deu 29, um quadro grave.

A primeira intervenção foi psicoeducativa. Saber que pensamentos como esse são comuns, especialmente no pós-parto e também entre pais, e que o horror que ele sentia era sinal de valores intactos, trouxe alívio. Mas o alívio sozinho não resolve, e o plano de EPR, duas vezes por semana com tarefas diárias, foi montado com a esposa como pessoa de apoio. Ela aprendeu a responder aos pedidos de garantia com uma frase combinada: “Isso é o TOC perguntando. Combinamos que eu não respondo, mas estou do seu lado.”

As exposições seguiram a hierarquia da tabela. A exposição imaginal mais difícil foi uma gravação em que Rodrigo descrevia a dúvida sem resposta: “talvez eu nunca tenha certeza absoluta de que não sou capaz”. Nas primeiras escutas, o SUDS foi a 80. Na décima, ficou em 30, e ele comentou: “ficou chato”. A oração neutralizadora entrou nas regras de prevenção, e logo apareceu um ritual substituto: contar até sete mentalmente. Foi identificado e bloqueado também. Após 16 sessões, a Y-BOCS estava em 11. O marco que ele mais comemorou foi dar banho no filho sozinho, cantando.

Ferramenta: exemplo de regras de prevenção de resposta

Para rituais de lavagem:

- nada de lavar as mãos ou o corpo fora do combinado. Exemplo: um banho de 10 minutos em dias definidos, sem rituais durante o banho;
- nada de substitutos, como álcool em gel, lenços, cremes ou esfregar as mãos;
- se lavar sem querer, “recontamine-se” logo em seguida com o objeto da exposição.

Para rituais de verificação:

- verificar uma única vez os itens de rotina (fogão, porta, janelas) e sair sem voltar;
- nada de pedir garantias a ninguém nem de “conferir de cabeça”;
- se verificar além do combinado, refaça a exposição (por exemplo, ligar e desligar o fogão de novo e sair sem conferir) e conte na sessão.

Entregue as regras por escrito e combine-as também com a pessoa de apoio.



Armadilhas comuns

◆ Dar garantias

“Fica tranquilo, você nunca faria isso” é um ritual feito pelo terapeuta. Não garanta nem alimente o perigo. Devolva a incerteza com empatia.

◆ Rituais substitutos

Creme nas mãos no lugar da lavagem, “olhadinhas” no lugar da verificação, contar no lugar de rezar. Pergunte ativamente por eles.

◆ Discutir demais antes da exposição

Longas negociações são evitação e busca de garantias. Limite a conversa a cerca de 15 minutos e comece o exercício.

◆ Evitação passiva

Guardar a roupa “contaminada” sem encostar nas limpas sabota o processo. Se a evitação persistir, reavalie com o paciente se é o momento certo para o tratamento.

☰ Resumo de bolso

- ✓ Pensamentos intrusivos são universais. O problema está na interpretação e no ritual.
- ✓ Mapeie gatilhos, consequências temidas e todos os rituais, inclusive os mentais.
- ✓ Use a Y-BOCS no início e no fim, e o automonitoramento com relógio.
- ✓ Monte a hierarquia com SUDS e uma pessoa de apoio.
- ✓ Combine exposição imaginal e ao vivo, com tarefas diárias.
- ✓ Prevenção de resposta com regras escritas e claras.
- ✓ Nem garantias, nem alarme: devolva a incerteza.
- ✓ Termine com uma rotina “normal” e um plano para lapsos.

Gostou do capítulo?

Os outros temas seguem o mesmo caminho.

Do pânico aos problemas do casal, o PsicoGuia completo reúne os tratamentos explicados passo a passo e os materiais para usar no consultório, tudo em uma plataforma fácil de consultar no computador e no celular.

- ✓ Todos os temas com este mesmo passo a passo
- ✓ Fichas de exercícios entre as sessões
- ✓ Casos para treinar o raciocínio clínico
- ✓ Planilha de evolução clínica
- ✓ Folhetos para entregar aos pacientes
- ✓ Modelos de prontuário e documentos
- ✓ Cartões de bolso para revisar
- ✓ Gerador de documentos em PDF

Quero o PsicoGuia completo

R\$ 97 ou em até 12x · Acesso vitalício · Garantia de 7 dias