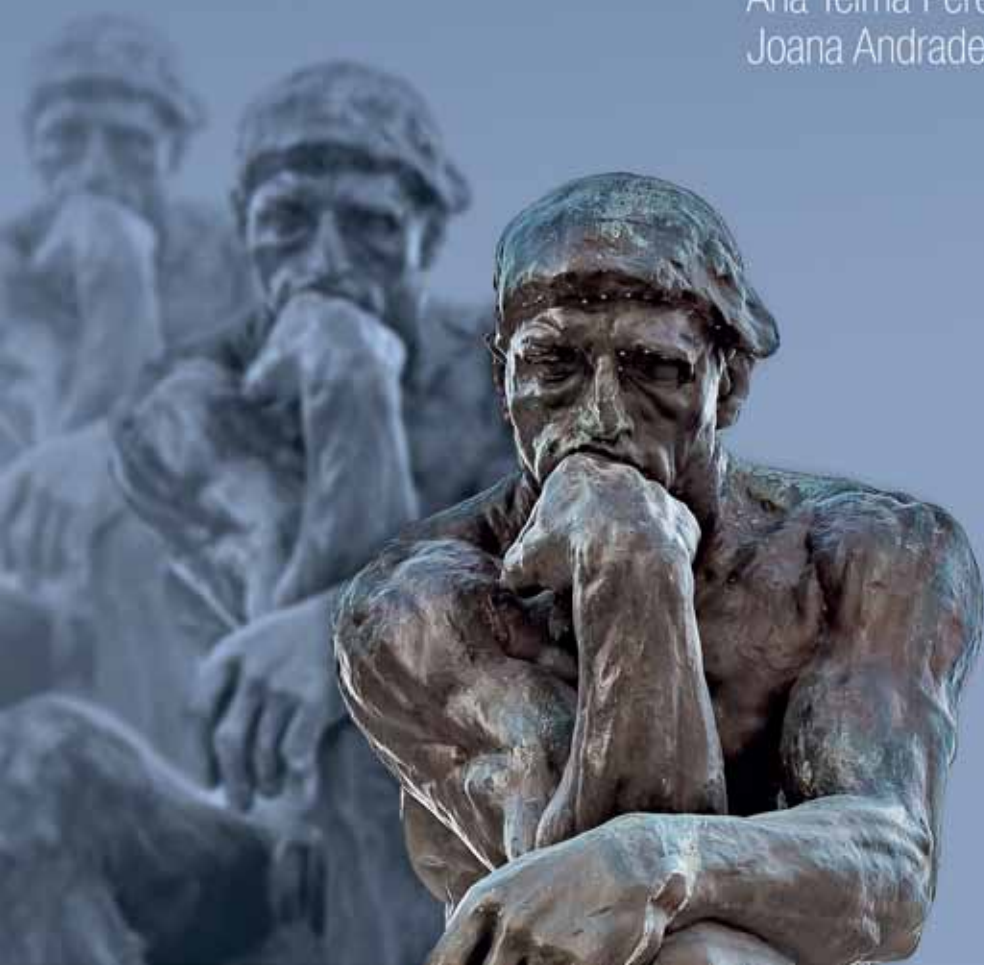


PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

**o insustentável peso
da dúvida**

Coordenação:

António Ferreira de Macedo
Ana Telma Pereira
Joana Andrade



PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

O insustentável peso da dúvida

Coordenação

António Ferreira de Macedo

Ana Telma Pereira

Joana Andrade

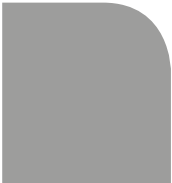


Lidel – edições técnicas, lda.
www.lidel.pt

ÍNDICE

Autores.....	V
Prefácio/Preface	IX
<i>Michele Pato, Carlos Pato</i>	
Siglas e abreviaturas	XI
1. Introdução e evolução histórica.....	1
<i>David Mota, Joana Teixeira Silva, Marta Gonçalves, António Ferreira de Macedo</i>	
2. Definição e diagnóstico.....	17
<i>Ricardo Moreira, Ana Sofia Costa</i>	
3. Epidemiologia e características clínicas.....	27
<i>Joana Teixeira Silva, Vera Martins, Marta Gonçalves</i>	
4. Comorbilidade e diagnóstico diferencial	49
<i>Marta Gonçalves, Joana Teixeira Silva, André Oliveira, Vera Martins</i>	
5. Genética da perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações associadas	65
<i>António Ferreira de Macedo, Carlos Pato, Michele Pato</i>	
6. Modelos neurobioquímicos	95
<i>David Mota, André Oliveira, Joana Andrade, António Ferreira de Macedo</i>	
7. Modelos neuroanatômicos e imagiologia	115
<i>Pedro Morgado, Joana Andrade</i>	
8. Modelos comportamentais e cognitivos.....	133
<i>Fernanda Duarte, Ana Telma Pereira, Mariana Marques</i>	
9. Personalidade e fenómenos obsessivos	153
<i>Berta Rodrigues Maia, Ana Telma Pereira, Fernanda Duarte, António Ferreira de Macedo</i>	
10. Processos cognitivos	165
<i>Ana Telma Pereira, Fernanda Duarte, Mariana Marques, António Ferreira de Macedo</i>	
11. Compulsividade e impulsividade	179
<i>Nuno Madeira, António Ferreira de Macedo</i>	
12. Perturbações do espectro obsessivo-compulsivo	191
<i>André Oliveira, Carolina Roque, Ana Telma Pereira, Joana Andrade, António Ferreira de Macedo</i>	

13. Perturbação obsessivo-compulsiva no período perinatal e na infância	217
<i>Ana Telma Pereira, Vera Martins, Carolina Roque, Mariana Marques, António Ferreira de Macedo</i>	
14. Avaliação psicológica	241
<i>Ana Telma Pereira, Mariana Marques, Berta Rodrigues Maia, Fernanda Duarte</i>	
15. Neuropsicologia da perturbação obsessivo-compulsiva	269
<i>Salomé Caldeira</i>	
16. Tratamento farmacológico	285
<i>Vera Martins, David Mota, Joana Teixeira Silva, Marta Gonçalves, Joana Andrade</i>	
17. Terapias comportamentais e cognitivas	315
<i>Fernanda Duarte, Ana Telma Pereira, Mariana Marques</i>	
18. Psicocirurgia e neuromodulação cerebral	341
<i>Joana Andrade, Manuel Rito, André Oliveira, David Mota, Joana Teixeira Silva, Marta Gonçalves, Vera Martins, Salomé Caldeira, Fernanda Duarte, António Ferreira de Macedo</i>	
Índice remissivo	357



AUTORES

■ COORDENADORES/AUTORES

Ana Telma Pereira

Psicóloga. Investigadora Auxiliar do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

E-mail: apereira@fmed.uc.pt

António Ferreira de Macedo

Professor Agregado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Psiquiatra do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Diretor do Serviço de Psicologia Médica da FMUC. Coordenador da consulta de Perturbação Obsessivo-Compulsiva do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) de Psiquiatria do CHUC. Coordenador da Unidade Não Invasiva de Estimulação Cerebral do CRI de Psiquiatria do CHUC.

E-mail: amacedo@ci.uc.pt

Joana Andrade

Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Subcoordenadora da consulta de Perturbação Obsessivo-Compulsiva do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) de Psiquiatria do CHUC. Subcoordenadora da Unidade Não Invasiva de Estimulação Cerebral do CRI de Psiquiatria do CHUC. Coordenadora da Unidade de Eletroconvulsivoterapia do CRI de Psiquiatria do CHUC.

E-mail: joana.teixeira.andrade@gmail.com

■ AUTORES

Ana Sofia Costa

Interna de Psiquiatria na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ).

E-mail: anasmcosta@live.com.pt

André Oliveira

Interno de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

E-mail: andre_noliveira@yahoo.com.br

Berta Rodrigues Maia

Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa (FFCS-UCP) (Centro Regional de Braga). Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde. Membro Integrado do Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos da FFCS-UCP. Investigadora

Convidada do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses).
E-mail: bmaia@braga.ucp.pt

Carlos Pato

Reitor do College of Medicine, State University of New York (SUNY), Downstate Medical Center, Brooklyn, New York.
E-mail: carlos.pato@downstate.edu

Carolina Roque

Interna de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).
E-mail: carolina-roque@hotmail.com

David Mota

Interno de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Colaborador do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).
E-mail: dmgmota53504@gmail.com

Fernanda Duarte

Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC).
E-mail: mfernandaduarte@gmail.com

Joana Teixeira Silva

Interna de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).
E-mail: joanastsilva@gmail.com

Manuel Rito

Neurocirurgião funcional com competência em dor. Assistente graduado de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC).
E-mail: manuelritoneurocirurgia@gmail.com

Mariana Marques

Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). Colaboradora do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).
E-mail: mvpmarques@gmail.com

Marta Gonçalves

Interna de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

E-mail: marta_gfernandes@hotmail.com

Michele Pato

Diretora do Institute for Genomic Health. Professora e Subdiretora para a investigação do Serviço de Psiquiatria do College of Medicine, State University of New York (SUNY), Downstate Medical Center, Brooklyn, New York.

E-mail: michele.pato@downstate.edu

Nuno Madeira

Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

E-mail: nunogmadeira@gmail.com

Pedro Morgado

Professor Auxiliar da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Psiquiatra do Hospital de Braga. Investigador do Laboratório Associado ICVS/3B's.

E-mail: pedromorgado@ecsau.de.uminho.pt

Ricardo Moreira

Psiquiatra da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ). Coordenador do Programa de Tratamento de Doenças do Espectro Obsessivo do CHSJ.

E-mail: rjsatm@gmail.com

Salomé Caldeira

Psicóloga Clínica do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC).

E-mail: mscaldeira@gmail.com

Vera Martins

Interna de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC). Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

E-mail: vera_martins_83@hotmail.com

PREFÁCIO/PREFACE

Os Coordenadores deste livro compilaram um importante livro acerca da perturbação obsessiva-compulsiva (POC), que é completo e apresenta os mais recentes conceitos nesta área de estudo. Começa com uma interessante introdução histórica da POC, prossegue com uma cuidadosa análise das considerações fenotípicas a partir da perspectiva da epidemiologia, do diagnóstico diferencial e da comorbilidade. A neurobiologia da POC é depois discutida detalhadamente em quatro capítulos, que tratam das perspectivas da neuroquímica, genética e neuroimagem da POC.

Oferecendo uma discussão mais profunda acerca das nuances da POC, o Professor Macedo e seus Colegas acrescentam mais três capítulos dedicados ao perfeccionismo, à impulsividade e às mais recentes descobertas no espectro das perturbações, tais como a acumulação compulsiva e a perturbação dismórfica corporal.

O capítulo dedicado à POC perinatal e na infância ajuda a esclarecer a apresentação e a importância de considerar estas fases de desenvolvimento na nossa abordagem clínica e de tratamento da POC.

O livro termina com o tratamento, ao qual são dedicados três capítulos que refletem não só os padrões no tratamento completo que têm sido desenvolvidos nos últimos 20 anos, como também os tratamentos mais recentes. O tratamento da POC inclui as abordagens mais comuns das terapias farmacológica e cognitivo-comportamental, que podem ser complementadas com o tratamento psicodinâmico. A POC tem sido um crescente foco de interesse para a investigação, e tanto este campo de estudos como os nossos pacientes têm beneficiado das inovações no tratamento, como é o caso da estimulação cerebral.

Este livro oferece uma excelente análise para os clínicos experientes, assim como um manual completo para o clínico que leva a cabo pela primeira vez o tratamento de pacientes com POC.

The Editors of this book have compiled a major volume on obsessive-compulsive disorder (OCD) that is comprehensive and presents the state of the art. Starting with a thoughtful history of OCD, it goes on to do a careful assessment of the phenotypic considerations from an epidemiologic, differential diagnosis, and comorbidity perspective. The neurobiology of OCD is then discussed in four detailed chapters, which deal with the neurochemistry, the genetics, the neuroimaging, and neurocognitive perspectives of OCD.

To provide a more in depth discussion of the nuances of OCD, Professor Macedo and Colleagues bring together three more chapters devoted to perfectionism, impulsivity, and the most recent findings in “spectrum disorders” such as hoarding and body-dysmorphic disorder.

The chapter devoted to perinatal and childhood OCD helps clarify the presentation and the importance of considering these developmental phases in our clinical and treatment approach to OCD.

The book concludes with treatment, covered in three chapters, that reflect both the standards in comprehensive treatment that have been developed over the past 20 years and new state of the art treatments. Treatment of OCD includes pharmacologic, cognitive behavioral therapy approaches most commonly and these may be complemented by psychodynamic treatment. OCD has been an increasing focus for research and the field and our patients are benefitting from treatment innovations like brain stimulation.

This book both provides an excellent review for the experienced clinician and a thorough primer for the clinician who is taking on treatment of patients suffering with OCD for the first time.

*Michele Pato
Carlos Pato
(coautores)*

SIGLAS E ABREVIATURAS

5-HIAA – ácido 5-hidroxindolacético
5-HTP – 5-hidroxitriptofano
8-OHDPAT – 8-hidroxi-2-(di-n-propilamino)-tetralina

A

ACT – terapia de aceitação e compromisso (do inglês *acceptance and commitment therapy*)
ACTH – hormona adrenocorticotrófica
ADC – coeficiente de difusão aparente (do inglês *apparent diffusion coefficient*)
ADIS-IV – *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*
ADN – ácido desoxirribonucleico
AHV – ácido homovanílico
AMPA – ácido α -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazolepropiónico
AMPS – *Adaptative/Maladaptative Perfectionism Scale*
AMS – área motora suplementar
AN – anorexia nervosa
APA – American Psychiatric Association

B

BABS – *Brown Assessment of Beliefs Scale*
BACI – braço anterior da cápsula interna
BAT – *Behavioural Avoidance Tests* (Testes de Evitamento Comportamental)
BDI-II – *Beck Depression Inventory-II* (Inventário de Depressão de Beck-II)
BP – doença afetiva bipolar

C

CAL – comportamento autolesivo
cAMP – adenosina monofosfato cíclica

CANTAB – *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*
CAPS – *Child and Adolescent Perfectionism Scale*
CA/SV – cápsula anterior/estriado ventral
CBOCI – *Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory* (Inventário Obsessivo-Compulsivo de Clark-Beck)
CC – cognitivo-comportamental
CCA – córtex cingulado anterior
CCSG – Clomipramine Collaborative Study Group
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CETC – córtico-estriado-tálamo-cortical
CGI-I – *Clinical Global Impression-Improvement*
CGI-S – *Clinical Global Impression-Severity*
CGT – *Cambridge Gamble Task*
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CID – *Classificação Internacional de Doenças*
CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*
CNV – *copy number variation*
COF – córtex orbitofrontal
COMT – catecol-O-metiltransferase
CP – criticismo parental
CPA – Canadian Psychiatric Association
CPF – córtex pré-frontal
CPFdl – córtex pré-frontal dorsolateral
CPFof – córtex pré-frontal orbitofrontal
CPFvm – córtex pré-frontal ventromedial
CRH – hormona libertadora de corticotropinas
CRI – Centro de Responsabilidade Integrada
CSC – comportamento sexual compulsivo

CSP – cuidados de saúde primários
CVLT – *California Verbal Learning Test*

D

DAT – transportador da dopamina
DDT – *Delay-Discounting Task*
Dep-P – depressão perinatal
DIGS – *Diagnostic Interview for Genetic Studies*
DIPD – *Diagnostic Interview for Psychological Distress*
DIPD-PP – *Diagnostic Interview for Psychological Distress-Postpartum*
DIS – *Diagnostic Interview Schedule*
DPS – *Decisional Procrastination Scale*
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais)*
DTI – imagem por tensor de difusão (do inglês *diffusion tensor imaging*)
DY-BOCS – *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*
DZ – gémeos dizigóticos

E

ECA – *Epidemiologic Catchment Area*
ECBS – *Everyday Checking Behaviour Scale*
ECG – eletrocardiograma
ECP – estimulação cerebral profunda
ECT – eletroconvulsivoterapia
EEG – eletroencefalograma
EMP – Escala Multidimensional de Perfeccionismo
EMP-F – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost *et al.*
EMP-H&F – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett
EMT – estimulação magnética transcraniana
EMTr – estimulação magnética transcraniana repetitiva

EOC – espectro obsessivo-compulsivo
EP – expectativa parental
EPP – esforço perfeccionista positivo
EPR – exposição com prevenção de resposta
ESR – excessivo sentido de responsabilidade
EUA – Estados Unidos da América

F

FA – anisotropia funcional (do inglês *fractional anisotropy*)
FDA – Food and Drug Administration
FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FSCR – fluxo sanguíneo cerebral regional

G

GABA – ácido gama-aminobutírico
GCTA – *genome-wide complex trait analysis*
GDT – *Game of Dice Task*
GNG – *Gol/No-Go*
GnRH – hormona libertadora de gonadotropinas
GP – Genética Psiquiátrica
GPi – *globus pallidus interna*
GWAS – *genome-wide association study*
GxE – interação gene-ambiente

H

HC – hipocondria
HPA – hipotálamo-hipófise-adrenal

I

IC – intervalo de confiança
ICI – interferência cognitiva e improdutividade
IGT – *Iowa Gambling Task*
IID – idade de início da doença
IMAO – inibidor da monoamina oxidase
IMCP – Inventário Multidimensional de Cognações Perfeccionistas

IOCDFGC – International OCD Foundation Genetics Consortium

IP3 – inositol trifosfato

IRS – inibidor da recaptação da serotonina

ISRS – inibidor seletivo da recaptação da serotonina

IST – *Cambridge Information Sampling Task*

J

JP – jogo patológico

K

K-SADS-P – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present Version*

L

LCR – líquido cefalorraquidiano

LOCQ – *Rotté's 29-item Locus of Control Questionnaire*

M

MAO – monoamina oxidase

MAO-A – monoamina oxidase A

MAO-B – monoamina oxidase B

MBV – morfometria baseada em voxel

mCPP – m-clorofenilpiperazina

MCQ-30 – *Meta-Cognitions Questionnaire-30*

mGluR – recetor metabotrópico do glutamato

MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MOCI – *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (Inventário Obsessivo-Compulsivo de Maudsley)

MOCI-R – *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory – Revised Version*

MRS – ressonância magnética espectroscópica

MZ – gémeos monozigóticos

N

NAC – *nucleus accumbens*

NCS-R – *National Comorbidity Survey Replication*

NEO – *neuroticism, extraversion, openness*

NEO-FFI – *NEO Five Factor Inventory*

NEO-PI – *NEO Personality Inventory*

NEO-PI-R – *NEO Personality Inventory – Revised*

NE-YBOCS – *Neurotic Excoriation-YBOCS*

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

NIMH – National Institute of Mental Health

NMDA – N-metil-D-aspartato

NST – núcleo subtalâmico

O

OBQ – *Obsessive Belief Questionnaire* (Questionário de Crenças Obsessivas)

OCCWG – Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

OCGAS – *OCD Collaborative Genetic Association Study*

OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisto)

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *odds ratio*

OVIS – *Overvalued Ideation Scale*

P

PA – perturbação de acumulação

PAG – perturbação de ansiedade generalizada

PANDAS – *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*

PAO – perfeccionismo auto-orientado

PCA – perturbações do comportamento alimentar

PCI – perturbação do controlo do impulso

PDC – perturbação dismórfica corporal

PdP – perturbação de personalidade

PE – perturbação de escoriação

PEC – perturbação de escoriação cutânea

PET – tomografia por emissão de positrões (do inglês *positron emission tomography*)

PHDA – perturbação de hiperatividade e défice de atenção

POC – perturbação obsessivo-compulsiva

POC-P – perturbação obsessivo-compulsiva no período perinatal

POC-T – perturbação obsessivo-compulsiva com tiques

POMS – *Profile of Mood States*

POO – perfeccionismo orientado para os outros

PP – pós-parto

PPN – pensamento perseverativo negativo

PPOC – perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva

PR – perturbações relacionadas

pre-MS – pré-motor suplementar

PRIME-MD – *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

PRN – pensamento repetitivo negativo

Psic-P – psicose perinatal

PSP – perfeccionismo socialmente prescrito

PT – perturbação de tiques

PTC – perturbação de tiques crónicos

Q

QPP – Questionário de Pensamento Perseverativo

R

RDoC – *Research Domain Criteria*

RIMA – inibidor reversível da monoamina oxidase

RM – ressonância magnética

RMN – ressonância magnética nuclear

RMNf – ressonância magnética nuclear funcional

ROCF – Figura Complexa de Rey-Osterrieth

RR – risco relativo

RSS – *Ruminative Response Scale*

RVC – *ratio* do volume ventricular/cerebral

S

SB – substância branca

SC – substância cinzenta

SCID-I – *Structured Clinical Interview Axis I Disorders*

SCOPI – *Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses* (Escala de Compulsões, Obsessões e Impulsos Patológicos)

SDDS-PC – *Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care*

SERT – transportador da serotonina

SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida

SNA – sistema nervosa autónomo

SNC – sistema nervoso central

SNP – *single nucleotide polymorphism*

SNr – *substantia nigra*

SPECT – tomografia computadorizada por emissão de fóton único (do inglês *single-photon emission computerized tomography*)

SSRT – *Stop Signal Reaction Time*

SST – *Stop Signal Task*

ST – síndrome de Tourette

T

TC – tomografia computadorizada
 TCC – terapia cognitivo-comportamental
 tDCS – estimulação direta transcraniana
 TMT – *Trail Making Test*
 ToH – torre de Hanói
 ToL – torre de Londres
 TR – taxa de reatividade
 TRI – teoria de resposta ao item
 TSAICG – Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics
 TTM – tricotilomania

U

UP – doença afetiva unipolar
 USD – unidades subjetivas de desconforto

V

VIH – vírus da imunodeficiência humana
 VOCY – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (Inventário Obsessivo-Compulsivo de Vancouver)

W

WAIS – Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (do inglês *Wechsler Adult Intelligence Scale*)
 WCST – *Wisconsin Card Sorting Test*
 WDQ – *Worry Domains Questionnaire* (Questionário de Domínios de Preocupação)
 WFSBP – World Federation of Societies of Biological Psychiatry
 WMS – Escala de Memória de Wechsler (do inglês *Wechsler Memory Scale*)

Y

Y-BOCS – *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown)

Z

ZF-OCS – *Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen*

INTRODUÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

David Mota, Joana Teixeira Silva, Marta Gonçalves, António Ferreira de Macedo

■ INTRODUÇÃO

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma doença psiquiátrica caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões que interferem significativamente no bem-estar e no quotidiano do doente, mas também da sua família. Esta doença tem sido retratada em diversos livros e filmes.

O filme *Melhor é Impossível* (ou originalmente *As Good as It Gets*) mostra a vida de um escritor diagnosticado com POC. Os conteúdos das obsessões e compulsões deste personagem interpretado pelo ator Jack Nicholson são os mais variados. São conhecidas as cenas de lavagem das mãos com água quente, descartando em seguida o sabonete usado, utilização de talheres descartáveis em restaurantes, caminhar saltitando a fim de evitar pisar as linhas da calçada e o toque de outros transeuntes, etc. No filme, os rituais podem ser engraçados, mas mesmo aí é evidente o prejuízo que causam nas diversas áreas da vida do indivíduo, tal como a quantidade de tempo consumida em rituais, a falta de compreensão pelos outros, os sentimentos de vergonha, que, no seu conjunto, levam ao isolamento.

O filme *O Aviador* (*The Aviator*, no original) retrata a vida de Howard Hughes, interpretado pelo ator Leonardo DiCaprio, um produtor cinematográfico e conhecido magnata da engenharia aeronáutica, que conquistou o recorde mundial de velocidade num avião. A sua doença obsessivo-compulsiva caracterizava-se por obsessões de contaminação e rituais de limpeza,

que se foram exacerbando de forma significativa. O “aviador” chegava mesmo a incendiar as suas roupas quando contactava com alguém doente. Para além disso, envolvia os seus funcionários nas suas compulsões, obrigando-os a lavar as mãos múltiplas vezes e enrolá-las em lenços de papel quando serviam as refeições. Este quadro culminou, no final da sua vida, num isolamento atroz. Howard Hughes passou os seus últimos dias em quartos de hotel, onde permanecia na cama despido e no escuro, usando caixas de lenços nos pés como forma de os proteger. O milionário considerava estes espaços como limpos ou descontaminados (*germ-free zone*).

Nikola Tesla foi reconhecido como um dos grandes inventores do século XX nas áreas das engenharias mecânica e eletrotécnica, mas igualmente considerado um dos génios mais injustiçados da História, tendo em conta que muitas das suas invenções, tais como o rádio, o radar, o raio X, acabaram por ser atribuídas a outras personalidades. Apresentava uma POC caracterizada por obsessões de contaminação, como Howard Hughes, mas também obsessões relacionadas com o número três. Não ficava hospedado em quartos de hotel com um número divisível por três, antes de entrar num edifício dava três voltas ao quarteirão e antes de cada refeição polia a louça com 18 guardanapos (múltiplo de três). A sintomatologia obsessivo-compulsiva terá contribuído para a sua vida de celibato, embora ele justifique que o ajudava a concentrar-se nos seus experimentos.

Personalidades mais atuais também têm sido apontadas como sofrendo de POC. São

exemplos disto Leonardo DiCaprio, Cameron Diaz, Justin Timberlake, David Beckham. No entanto, desconhece-se se as suas obsessões ou rituais têm uma intensidade suficiente para interferir significativamente na sua vida e se poder fazer o diagnóstico de POC.

Além destas personalidades mais ou menos contemporâneas e ilustres, a POC, uma doença conhecida desde tempos imemoriais, tem afetado diversas pessoas ao longo dos séculos, sendo que muitas delas nos deixaram escrito o testemunho do seu sofrimento. Também houve muitos outros que procuraram entendê-la, explicá-la e tratá-la. É a todas essas pessoas que devemos muito daquilo que hoje sabemos sobre a POC. O texto que se segue é, por isso, uma “viagem no tempo”, em jeito de resenha histórica, a todos esses testemunhos e conceitos históricos dos quais a POC é herdeira.

■ OS ESCRÚPULOS – A POC NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA (SÉCULO VIII A.C.-476 D.C.), NA IDADE MÉDIA (476-1453) E NA IDADE MODERNA (1453-1789)

Os sintomas obsessivo-compulsivos são conhecidos desde tempos remotos, muitas vezes referido sob o termo “escrúpulos”. No entanto, muito antes de esta designação ter sido popularizada, os antigos gregos possuíam um conceito equivalente na sua língua, denominado *deisidaimonia*. Este termo foi cunhado pelo filósofo Teofrasto (372 a.C.-87 a.C.) e pode ser traduzido por “cobardia face ao divino”. Este conceito, mais tarde importado pelos romanos através de Plutarco (46-120), tinha uma conotação pejorativa e era caracterizado por temor obsessivo aos deuses, escrupulosidade religiosa, supersticiosidade e uso excessivo de rituais mágicos e de purificações, com prejuízo significativo da vida dos indivíduos (Roberts, 2007).

João Clímaco, um monge cristão bizantino do século VI, referiu-se a essas manifestações

como “pensamentos blasfemos inconfessáveis”. No seu livro *A Escada de Ascensão Divina* organizado em 30 capítulos (“escadas”), este religioso faz referência, no capítulo 23, a esses pensamentos e à forma como o homem religioso deveria lidar com eles. Curiosamente, os conselhos de Clímaco assemelham-se a algumas técnicas cognitivas usadas nas psicoterapias modernas (Climacus, 1982): “Se tens pensamentos blasfemos, não penses que são por culpa tua. Deus sabe o que está no teu coração e Ele sabe que essas ideias não se originam em ti (...) Esses pensamentos impuros e inconfessáveis atacam-nos quando estamos a rezar, mas se continuarmos a rezar até ao fim, eles desaparecerão, por isso não tentes lutar contra eles ou resistir-lhes.”.

Clímaco descreve também o caso de um monge que padecia desta patologia (Climacus, 1982): “Uma vez um monge zeloso foi severamente assolado por este demónio. Durante vinte anos recolheu-se em jejuns e vigílias, mas sem resultado. Ele escreveu os pensamentos pecaminosos num pedaço de papiro e dirigiu-se a um homem santo. Na presença deste, olhou para o chão sem se atrever a encará-lo. O ancião leu o papiro, sorriu, levantou o irmão e disse-lhe: ‘Meu filho, põe a tua mão no meu pescoço’, e assim o fez o irmão. ‘Muito bem, irmão. Esse teu pecado também existe em mim há tantos ou mais anos que em ti. Mas de agora em diante, ignora-o!’. É o homem assegurou-me que desde que deixou a cela deste ancião, a enfermidade de que padecia desapareceu.”.

O significante obsessão deriva do latim *obsessio/obsidere*, cujo significado primitivo era “cerco”, “ação de cercar” ou situação “de estar cercado”. Este termo é próximo do termo *possedere*, que significa “possuir”. O termo *obsidere* era usado para designar uma cidade que estava cercada, mas não conquistada. Já *possedere* usava-se para designar a cidade que caía em poder inimigo e era conquistada. Durante a Idade Média, a semântica foi alvo de alterações, passando a adotar-se a designação “obsessão”, conceito que na época detinha uma significação relacionada

com possessão demoníaca, mais concretamente, a situação de qualquer pessoa ser possuída por um demónio externo a si. À semelhança do significado original, o termo “obsessão” era usado quando o doente combatia os pensamentos impuros ou apresentava crítica para os mesmos, isto é, por analogia, a mente do doente estava acosada ou cercada, mas ainda não se tinha rendido à loucura ou ao demónio (Macedo & Pocinho, 2007). Já quando o doente perdia o juízo crítico, ficava “possuído”. Assim, pode-se considerar que a diferença entre “obsessão” e “possessão” era uma forma primitiva de se distinguir uma neurose de uma psicose. No século XV, a obra *Malleus Maleficarum Maleficat*, de Kraemer & Sprengler (1487), constituía uma espécie de manual que repertoriava e descrevia os diversos tipos de situações e afeções relacionadas com possessões demoníacas e afins, bastante usado pelo Santo Ofício. Nele é descrito o caso de um padre que, sempre que se ajoelhava perante a imagem da Virgem Maria, sentia uma “força” perturbadora e incontrolável que o compelia a verbalizar certas obscenidades, colocando, simultaneamente, a sua língua de fora repetidas vezes. Esta citação tem tido diversas interpretações. Alguns autores julgam tratar-se de um fenómeno de natureza obsessiva, enquanto outros interpretam este tipo de manifestações como podendo corresponder a um quadro clínico de síndrome de Tourette (ST). Seja qual for a interpretação escolhida, a questão da explicação sobrenatural não era, de facto, exclusiva dos fenómenos obsessivos. Todas as alterações comportamentais e de doença mental, mais notórias e bizarras, eram explicadas à luz de fenómenos de índole sobrenatural e religiosa, caindo frequentemente sob a alçada das autoridades eclesiásticas. Estas últimas, por sua vez, aplicavam um “tratamento” congruente com esta conceção religiosa, sendo a pessoa sujeita, na melhor das hipóteses, a práticas exorcistas ou, alternativamente, a várias formas de tortura física e psíquica e em, última hipótese, à “purificação” pela fogueira, a fim de serem expulsos os demós. Do ponto de vista

histórico, é bem conhecido o lamentável papel desempenhado pelo Santo Ofício, mais conhecido como Inquisição e atualmente Congregação para a Doutrina da Fé, no uso pródigo destas “terapêuticas”, nas áreas geográficas em que teve maior preponderância, como nas penínsulas ibérica e itálica (Macedo & Pocinho, 2007). Apesar da rígida postura do Santo Ofício, o modo como outras estruturas religiosas lidavam com quem sofria de doença mental era bastante variável, havendo quem optasse por teorias, abordagens e tratamentos um pouco mais compreensivos e humanistas (até porque muitos religiosos padeciam do mesmo “mal”). Surpreendentemente, algumas das práticas de ajuda aproximam-se de técnicas atualmente utilizadas pelas psicoterapias modernas.

A par do termo “obsessão”, na Idade Média também se desenvolveu o termo “escrúpulos”, ou “escrupulosidade”, para descrever a mesma condição. O termo “escrúpulos” foi popularizado por religiosos do século XV, como o Arcebispo Santo Antonino de Florença ou filósofos medievais ingleses, como John Nider ou John Gerson. Para Santo Antonino, os escrúpulos consistiam em “estados de indecisão e medo que se originam em conjecturas improváveis”. Para ele, os escrúpulos tinham cinco causas: “fraca constituição física, doença mental, demónios, práticas ascéticas excessivas e associação com pessoas escrupulosas”. Para o tratamento da “escrupulosidade”, Santo Antonino recomendava, além de práticas de índole religiosa, ignorar os escrúpulos e recorrer à medicação: “os medicamentos não vão permitir que trabalhes até muito tarde de noite ou que te levantes demasiado cedo ou que jejeues em demasia” (Collins, 1961).

No século XVI, o espanhol São João da Cruz dissertou sobre ideias intrusivas de natureza sexual, que surgiam durante os momentos de oração. São João da Cruz explicava a origem destes pensamentos como tentação demoníaca ou como uma sensação de prazer que era originada pela oração no espírito e que se comunicava ao corpo (Cross, 1953).

No final do século XVI, São Francisco de Sales (bispo de Genebra) dedica uma parte da sua obra a um tipo de escrúpulos que hoje conhecemos como dúvida patológica (Sales, 1884). Nesta altura surge também um texto influente sobre este tema, com conselhos que poderiam ser úteis aos sofrendores de escrúpulos, por Augustine Baker – um inglês convertido ao catolicismo e que viveu como monge beneditino (Baker, 1876).

Mais tarde, já no século XVII, o jesuíta italiano Giovanni Battista Scaramelli dedicou aos escrúpulos quase cem páginas de um dos seus manuais espirituais. De salientar que Scaramelli oferece conselhos para lidar com os escrúpulos algo semelhantes à terapia comportamental (Scaramelli, 1924): “Quando um homem vai ao mar pela primeira vez, ele teme a violência das ondas, as rochas e as tempestades; na viagem seguinte ele já tem menos medo, e se ele continuar a ir para o mar, perderá todos os seus medos, pois ele tê-los-á conquistado e dominado, actuando contra as suas preocupações. Do mesmo modo, o homem escrupuloso se actuar contra os seus medos e noções caprichosas, tornar-se-á superior a eles e com o tempo irá conquistá-los, e por este meio livrar-se-á dos seus escrúpulos, com todas as suas facetas irracionais. Se, pelo contrário, o homem escrupuloso se abster de actuar, os seus medos vazios começarão a dominá-lo tornando-o num escravo, não lhe deixando a mais pequena liberdade para seguir aquilo que dita a razão.”.

Sobre as obsessões e rituais encobertos acrescenta (Scaramelli, 1924): “Em relação a esses pensamentos não é prudente ou sábio entrar em confronto com eles, por exemplo dizendo: eu não o consinto, eu detesto-os, eu abomino-os. Não se deve fazê-lo, por um lado, porque não havendo perigo de os consentir, não haverá por isso razão para lhes oferecer resistência; por outro lado, ao resistir-se-lhes, a pessoa submete-se a uma escravatura que apenas torna esses pensamentos mais activos e mais profundamente enraizados na mente. (...) Como eu

já pude observar, nada é tão capaz de acordar esses pensamentos ou fixá-los na mente como o medo excessivo. A razão pela qual isto acontece é óbvia: o medo excita a mente e marca-a com o objecto temido.”.

Na tradição Anglicana também se escreveu sobre escrúpulos. Em meados do século XVII, o bispo anglicano Jeremy Taylor faz uma descrição detalhada sobre comportamentos compulsivos no seu tratado de Teologia (Hunter & Macalpine, 1963). Richard Baxter, pastor anglicano do século XVII, dizia que existiam pensamentos que eram como (Baxter, 1716): “(...) pedras de moinho que continuam a moer mesmo quando já não têm grão entre elas, desgastando-se uma na outra. Os seus pensamentos absorvem-se sobre si mesmos, de modo que quando essas pessoas pensam de forma irregular, têm de pensar várias vezes sobre aquilo em que estão a pensar (...) todos os seus pensamentos estão contraídos e revirados sobre si mesmos. A autoflagelação é a soma das suas vidas e pensamentos.”.

Baxter (1716) fornecia algumas estratégias para as pessoas lidarem com a doença: “Não dê demasiada importância aos teus próprios pensamentos, nem lhes dê demasiada atenção... Dar grande importância aos pensamentos que te vêm à mente vai fazer com que eles permaneçam durante mais tempo. Por essa razão, nós pensamos mais em assuntos mais sensíveis, enquanto nos lembramos menos dos assuntos aos quais não damos tanta importância. Se tu nunca te consegues livrar de um pensamento é porque lhe estás a dar demasiada atenção e importância. Os pensamentos indesejados são como indivíduos provocadores: se lhes responderes eles nunca te deixarão em paz. Mas se os deixares com as suas provocações e não lhes deres importância, eles vão acabar por se aborrecer e desistirão de te provocar.”.

Richard Baxter reconhecia a melancolia como um sintoma secundário ao desgaste provocado pela luta constante contra as obsessões por parte dos doentes. Procurava também tranquilizar os doentes referindo que as “dúvidas”,

os “medos”, os “pensamentos depravados” e as “tentações blasfemas” não eram pecados, mas sintomas de uma doença como a febre e que, por esse motivo, os doentes não deveriam sentir-se culpados. Aconselhava também a estes doentes que se mantivessem sempre ocupados e a trabalhar e que não “desperdiçassem o seu tempo na ociosidade”, pois seria uma forma de se distraírem dos pensamentos indesejados. Baxter deixava também conselhos aos familiares e amigos dos doentes. Aconselhava-os a distraírem-nos dos pensamentos indesejados, motivando-os a falar sobre outros assuntos e a envolverem-nos em tarefas que “mexam o corpo e empreguem o pensamento”. Aconselhava também os familiares dos doentes a não negligenciarem a ajuda da medicação e recomendava-lhes mesmo que a administrassem contra a vontade dos doentes quando estes a recusassem (Baxter, 1716): “(...) muitos desvalorizam a medicação por acharem que se trata de uma doença da mente ou porque os medicamentos não podem curar as almas, e nesses casos eles devem ser persuadidos ou mesmo forçados a tomá-la.”.

Em 1692, o bispo anglicano John Moore proferiu um sermão sobre as “doenças da mente”, no qual constava também uma doença causada por pensamentos perversos e blasfemos indesejados, que afligiam os indivíduos quando estes se encontravam a rezar, à qual se referia como “melancolia religiosa”. Moore salientava que estes doentes referiam muitas vezes terem ofendido o Espírito Santo, tendo cometido por isso o “pecado sem perdão”, o que levaria a que a ira de Deus recaísse inevitavelmente sobre eles. John Moore enfatizava o carácter egodistónico destes pensamentos e procurava apaziguar os doentes, explicando-lhes que esses pensamentos eram produto de uma “doença ou indisposição do corpo” (Moore, 1692): “Normalmente são as boas pessoas quem são afligidas. As más pessoas que normalmente costumam ter a sua cabeça ocupada sobre como gratificar a sua malícia, executar as suas vinganças, enganar os seus vizinhos ou violar a sua confiança, ou então em

satisfazer as suas luxúrias bestiais, raramente conhecem este tipo de pensamentos ou se queixam deles. Mas antes os honestos e bons cristãos de frágeis condições de saúde e temperamentos melancólicos são gravemente incomodados por eles; estes acima de todas as coisas desejam louvar o seu Deus e Salvador e, por essa razão, o menor dos pensamentos desonrados que se insinue na sua mente lhes parece tão terrível.”.

John Moore (1692) também fazia menção ao componente compulsivo da doença e sobre como as compulsões contribuíam para a manutenção da mesma: “(...) estes desconsolados cristãos, a quem estes pensamentos tanto vexam e atormentam, usam todos os seus esforços para os sufocar e suprimir. Porém, quanto mais eles se debatem, mais fortes se tornam estes pensamentos.”.

Por fim, no mesmo sermão, John Moore (1692) aconselhava os seus fiéis a lidarem com o problema: “Quando esses pensamentos te assustarem não fiques abatido, nem tentes violentamente suprimi-los uma vez que eles pioram com oposição veemente; antes se dissipam e desaparecem quando são negligenciados e quando não nos preocupamos com eles... Não se deve por isso combater furiosamente esses pensamentos melancólicos, pois tal vai apenas enfraquecer e afundar o corpo tornando o caso mais grave. Em vez disso, devem ser aplicadas coisas confortáveis que restaurem as forças e recrutam o espírito debilitado em vez de anular e dispersar estes tumultos desordeiros na cabeça.”.

Em 1694, o Arcebispo de York John Sharp proferiu um sermão dedicado à escrupulosidade perante o Rei e a Rainha de Inglaterra (Sharp, 1694). Também neste ano se publica uma obra sobre escrupulos da autoria do clérigo George Tullie, muito provavelmente inspirada na de John Moore (Tullie, 1694).

Também se devem a membros do clero os primeiros relatos históricos sobre o que hoje designaríamos por POC, não só com textos de índole descritiva e com indicações terapêuticas, mas também com testemunhos pessoais, uma

vez que alguns desses membros também sofriam de escrúpulos. Um dos exemplos mais antigos e famosos é o de Santo Inácio de Loyola, religioso espanhol e fundador da Ordem da Companhia de Jesus (os Jesuítas). Inácio de Loyola descreveu os seus escrúpulos na sua autobiografia. Este religioso era incomodado por vários pensamentos egodistónicos que o levavam a rezar seguidamente durante várias horas, por vezes em voz alta e levando-o a gritar “Ajuda-me Senhor, pois eu não encontro remédio em nenhum homem nem em nenhuma criatura!”. Ele necessitava também de se confessar várias vezes, escrevendo cuidadosamente tudo o que achava necessário dizer numa folha de papel, antes da confissão. Mesmo depois de se confessar, não ficava satisfeito ou então ficava com a sensação de que não tinha confessado tudo (Ganss, 1991).

Santo Afonso Maria de Ligório, bispo e teólogo italiano do século XVIII, escreveu também sobre escrúpulos e sobre o seu sofrimento pessoal com os mesmos. Propunha que o caminho para os ultrapassar passava pela obediência total ao seu conselheiro espiritual. Nos seus textos há várias referências a outros religiosos que tratavam de escrúpulos, como o já mencionado John Gerson e São Filipe Néri (padre italiano do século XVI). A Ordem dos Redentoristas, fundada por Santo Afonso, publica ainda hoje um boletim mensal chamado *Scrupulous Anonymous* (Jones, 1999).

Já no final século XIX, Teresa de Lisieux (também conhecida como Santa Teresinha do Menino Jesus) teria sido outra religiosa católica a sofrer de escrupulosidade (Monahan, 2003).

Martinho Lutero, um dos líderes da Reforma Protestante, era também vítima de escrupulosidade. Tinha uma preocupação constante com a “ira divina” e refugiava-se em rezas repetitivas. Apresentava diversas dúvidas obsessivas e, durante as eucaristias, evitava dizer certas palavras (Aho, 2005).

John Bunyan, religioso anglicano do século XVII, ficou famoso pela obra *The Pilgrim's Progress* (Bunyan, 2003). Em 1666, escreveu a

obra *Grace Abounding to the Chief of Sinners*, autobiografia onde fala sobre os seus pensamentos obsessivos e a luta pessoal que travou contra os mesmos. Bunyan classificava-os como “blasfemos” porque consistiam em dúvidas sobre a existência de Deus e de Cristo e sobre a veracidade das Sagradas Escrituras. Era recorrenemente assaltado pelo pensamento “Venderei Cristo!”, ao qual respondia repetidamente “Não!” (Bunyan, 1666).

Mas na era “pré-Psiquiatria” os relatos de POC não se restringiam apenas à literatura produzida por membros do clero. Muitos leigos também deram o seu contributo. No século XV, em Inglaterra, foi publicado o *The Book of Margery Kempe*, considerado por muitos a primeira autobiografia publicada em língua inglesa (Kempe, 1936). Em várias passagens do livro, Margery Kempe descreve pensamentos de tipo obsessivo. Kempe era iletrada e, por isso, necessitou de contar a sua história a um padre que acabou por escrever o livro na terceira pessoa. Kempe era uma mulher profundamente religiosa que negociou ter um “casamento casto” com o seu marido. Os seus pensamentos eram de natureza sexual, tendo imagens mentais intrusivas de órgãos sexuais masculinos (Kempe, 1936).

William Shakespeare também parecia estar familiarizado com o conceito, pois uma das suas personagens, Lady MacBeth, apresentava rituais compulsivos de lavagem, que se instalaram após ter incitado um crime para se tornar rainha da Escócia, pois imaginava que tinha as mãos sujas de sangue (Shakespeare, 2008).

No século XVII, encontramos outra autobiografia de uma mulher inglesa, de seu nome Hannah Allen, que nos relata a sua luta pessoal contra pensamentos obsessivos e o recurso a flebotomias para tentar tratar a doença. Hannah Allen (1683) referia: “Tinha pensamentos blasfemos horríveis como injeções na minha mente, que poucas vezes me deixavam livres de dia ou de noite, exceto quando o sono profundo se apoderava de mim. Eu era persuadida a cometer o pecado imperdoável (...). Às vezes o

diabo tentava-me bastante a ter pensamentos estranhos sobre o meu amado Senhor, a quem eu temo e a quem peço misericórdia. Abomino esses pensamentos mais do que o próprio Inferno. Cada dia é para mim é um grande fardo que tenho que carregar.”.

Allen recebia assistência de um cirurgião chamado Mr. Cocket, que lhe fazia as flebotomias. Após uma dessas flebotomias, num ato de desespero, Allen roubou uma das tesouras de Cocket, fechou-se no quarto e seccionou uma das suas veias com o objetivo de se suicidar, tendo sido impedida de o fazer por uma tia. Mais tarde, terá sido assistida pelo já mencionado Richard Baxter (Allen, 1683).

John Locke, eminente filósofo britânico do século XVII, numa carta ao Earl de Pembroke fala-lhe dos seus escrúpulos, de um conteúdo diferente daqueles que têm sido apresentados pelos homens e mulheres da religião até agora mencionados (King, 1884): “Eu duvidava se deveria ler alguns livros sobre o assunto antes de lhe dar a minha opinião, ou se lhe deveria enviar os meus pensamentos nus (...) talvez toda a minha vida possa ser gasta na deliberação sobre se lhe devo escrever duas folhas de papel; poderei ficar perpetuamente a pensar numa palavra e acrescentar mais uma, para depois apagar amanhã o que estive a escrever hoje (...)”.

Ainda no contexto de uma perspetiva religiosa, o teólogo francês Jacques Duguet (1717), no seu *Traité des Scrupules*, a partir da experiência da confissão, traça descrições de quadros que hoje classificaríamos como obsessivo-compulsivos e propõe métodos de natureza psicológica para acalmar as almas atormentadas (Macedo & Pocinho, 2007).

Samuel Johnson, um erudito britânico do século XVIII que ficou conhecido por, entre outras coisas, ter produzido o dicionário da língua inglesa mais completo do seu tempo, era conhecido por apresentar vários rituais compulsivos e obsessões, bem como tiques e maneirismos – o que hoje se poderá diagnosticar como ST. Existem relatos quer do próprio, quer de

outras pessoas que o observavam. Johnson costumava tocar em todos os candeeiros que havia numa rua, e muitas vezes voltava para trás para se certificar se tinha tocado em todos. Os seus amigos referiam que ele tinha uma “superstição curiosa”, que consistia em dar um certo número de passos antes de passar por uma porta, voltando para trás caso não tivesse a certeza de os ter dado. Uma amiga sua referia como era arriscado tomar chá na sua presença, pois Johnson costumava ter uma série de maneirismos complexos com a chávena de chá na mão, correndo o risco de o entornar em cima dos seus convidados. Johnson era também profundamente religioso, anglicano devoto e membro do Partido Conservador. Um amigo seu faz referência a “peculiaridades”, como rezar repetidamente entredentes ou repetir frases como “Eu consentiria amputarem-me um membro para recuperar o meu ânimo”. Johnson era conhecido também por fazer ruídos estranhos com a boca e estalidos com a língua, assobiar e repetir palavras em contextos pouco adequados (Boswell, 1970).

Apesar dos relatos dos seus amigos, também conseguimos ter descrições do próprio Samuel Johnson daquilo que são obsessões e compulsões. Temos como exemplo uma passagem do seu romance *Rasselas, o Príncipe da Abissínia*, em que Johnson faz referência a “imagens imorais e não religiosas que a mente procura afastar quando elas provocam dor”. Johnson também tinha, ele mesmo, a noção de que não era benéfico contrariar os pensamentos intrusivos: “um homem deve distrair-se dos pensamentos perturbadores e não combatê-los”. Johnson curiosamente até criou uma oração chamada “Contra Pensamentos Inquisitivos e Desconcertantes”, a qual se transcreve de seguida (Boswell, 1970): “Ó Senhor, meu Criador e Protetor, que graciosamente me enviastes a este mundo para alcançar a minha Salvação, permiti-me que me livre de todos estes pensamentos desconcertantes e inquietantes que me poderão desviar ou impedir de praticar os deveres que Vós me confiastes. Quando contemplo o trabalho das Vossas mãos,

e considero o curso da Vossa Providência, dai-me sempre a Graça de me lembrar que esses pensamentos não são os meus pensamentos e os seus caminhos não são os meus caminhos. E enquanto Vós me permitirdes continuar neste mundo, onde há muito para ser feito, e pouco para ser conhecido, ensinaí-me por intermédio do Vosso Espírito Santo, a afastar a minha mente de inquisições perigosas e vãs, de dificuldades meramente curiosas e de dúvidas impossíveis de serem resolvidas. Deixai-me exultar na Luz que Vós me transmitistes, deixai-me servir-vos com zelo ativo e com humilde confiança, e esperar com expectativa paciente pelo tempo em que a Alma, que Vós recebereis, seja satisfeita com Conhecimento. Permiti-o, ó Senhor, por Jesus Cristo. Ámen!”.

Apesar de o tratamento da escrupulosidade durante a Idade Média e a Idade Moderna ter ficado maioritariamente a cargo de homens do clero, alguns médicos da época interessaram-se pela patologia e procuraram tratá-la, como foi o caso de Richard Napier, médico inglês dos séculos XVI-XVII, que recorria à astrologia. Divergindo da temática mais frequente nos textos de religiosos, Napier descreveu o caso de uma mulher que apresentava rituais compulsivos de lavagem e medos de contaminação (MacDonald, 1981).

A escrupulosidade aparece pela primeira vez como doença num tratado médico em 1602 pela mão do suíço Felix Platter, diretor da Escola Médica da Universidade de Basileia. Platter dizia o seguinte sobre a patologia (Diethelm & Heffernan, 1965): “Os escrupulosos persuadem-se a si mesmos de que estão condenados, abandonados por Deus, que estão predestinados, embora tenham sido sempre religiosos e fiéis, temendo o juízo final e a punição eterna. Esta melancolia, que leva os homens ao desespero, é a forma mais comum de melancolia. Eu tenho sido frequentemente impedido de a curar. Esses homens já se confessaram a mim em lágrimas e em profundos suspiros, com a maior angústia de coração e com todo o seu corpo a tremer,

pois quando atacados por esta doença, eles sentem-se compelidos a blasfemar contra Deus ou a cometer várias coisas horríveis, tais como matar os seus maridos, esposas, filhos, vizinhos ou governantes, não por motivos de ciúme ou inveja, pois eles os amam profundamente, mas numa compulsão involuntária. Eles dizem que estes pensamentos os atacam contra a sua vontade, levando-os a que repetida e urgentemente invoquem a Deus para que os livrem de tais ímpios pensamentos.”.

O médico inglês John Woodward descreveu um caso de escrupulosidade por ele tratado em 1716, com recurso a drogas purgativas e a enemas. Tratava-se de uma mulher londrina com cerca de 25 anos que iniciou os seus pensamentos obsessivos após ter visto um golfinho no Tamisa. A observação do golfinho, que inicialmente tinha sido agradável, mais tarde desencadeou pensamentos agressivos na mulher sobre o golfinho. Uns meses mais tarde esses pensamentos intrusivos agravaram, passando a ter temáticas relacionadas com o diabo ou então cometer um crime contra o seu filho, como, por exemplo, atirá-lo a uma fogueira. Segundo as palavras de Woodward, os laxantes e purgativos “funcionaram muito bem, dando a origem a pelo menos uma dúzia de fezes”, tendo a doente ficado “cheerful, easy and well” (Hunter & Macalpine, 1963).

Na década seguinte, em 1724, também outro médico inglês chamado Daniel Turner descreve um caso de um doente que apresentava uma preocupação obsessiva hipocondríaca em ter contraído sífilis, por ter tido relações sexuais com uma criada sua quando era jovem. Apesar de nunca ter tido os sintomas da doença e de ter sido repetidamente tranquilizado por Turner, apresentava sempre esta preocupação bem como o medo de transmitir a doença à esposa ou aos filhos. Nesta época, as obsessões relacionadas com a sífilis eram muito comuns [um pouco à semelhança do que acontece, nos dias de hoje, com o vírus da imunodeficiência humana (VIH)], sendo estas conhecidas como

sifilofobia ou sifilomania (Hunter & Macalpine, 1963).

■ A POC NA IDADE CONTEMPORÂNEA (1789-PRESENTE)

SÉCULO XIX E O ALVORECER DA PSIQUIATRIA

Já no início do século XIX, no alvorecer da Psiquiatria, um professor norte-americano de Teologia Presbiteriana chamado Archibald Alexander escreveu uma obra intitulada *Reflexões sobre Experiências Religiosas* (Alexander, 1844). Nesta obra, Alexander fala-nos de um amigo seu que descreve como sendo um homem “discreto e pio” que padecia de um “terrível estado mental”. Esse amigo, de “temperamento melancólico”, devia esse estado mental a “sugestões blasfemas, não naturais, monstruosas e horribéis que enchiam a sua mente e lhe perturbavam os pensamentos com a força de um vendaval”. Em resposta a esses pensamentos, o amigo de Alexander “rezava contra eles, mas em vão: quanto mais rezava mais eles prevaleciam”. No final da descrição do caso do seu amigo, Alexander conclui dizendo que a “ocupação útil é essencial para o restauro da paz nalgumas mentes” (Alexander, 1844).

Charles Darwin, um dos maiores vultos da ciência do século XIX, e não seria exagero dizer-se, de todos os tempos, também poderia sofrer de POC. Numa carta que escreveu a um amigo, Darwin referia que não conseguia dormir por causa de uns pensamentos repetitivos que o assustavam. Os pensamentos a que Darwin se referia eram, segundo o próprio, um “espetáculo horrendo”, temendo que os seus filhos os herdassem. Darwin queixava-se de que estes pensamentos o incomodavam mais à noite do que de dia, pois de noite não se encontrava distraído a trabalhar. Darwin era conhecido por ser muito autocrítico, procurar constantemente segurança nos outros e ter problemas de autoimagem. Era conhecido por repetir constantemente a si

mesmo: “Trabalhei o mais que pude, ninguém poderia ter feito mais do que aquilo que fiz.” (Darwin, 1887).

Em 1848, o filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard parecia entender muito bem o que eram pensamentos obsessivos e o sofrimento provocando pelos mesmos (Kierkegaard, 1938): “É uma forma particular de tribulação quando um homem peca contra a sua vontade, ou vive assombrado pelo medo de pecar, por exemplo, como quando os pensamentos pecaminosos lhe vêm à mente e ele faz de tudo para lhes escapar ou para os desviar. Nesses casos, um homem pode honestamente dizer que não foi ele mesmo quem causou esses pensamentos, que faz tudo que pode para lutar contra eles, e consequentemente eles são contra a sua vontade. (...) Esta forma de tribulação é dolorosa e agonizante, além de dialeticamente complicada ao ponto da loucura. Se o pudéssemos imaginar para definirmos o conceito teleologicamente, seria uma tortura educacional calculada para extinguir toda a força de vontade. (...) O sofredor, humanamente falando, sofre sem culpa. Ao contrário do pecado, em que ele voluntariamente causa estes pensamentos, aqui os pensamentos perseguem-no. Cheio de terror, ele foge deles de todas as formas possíveis. Ele frena toda a sua ingenuidade e atenção, de modo a não só escapar dos pensamentos mas de toda e qualquer distante conexão com os mesmos. Mas não adianta de nada, o pavor aumenta ainda mais. E por isso, neste caso, os conselhos habituais, que são tentar evitá-los e esquecê-los, não ajudam, pois é precisamente isto que este homem faz e apenas o aproxima mais do medo. (...) Normalmente, é útil ter medo do mal e procurar fugir dele, mas neste caso, é precisamente isto que dá poder a estes maus pensamentos. Quanto mais são temidos, mais poderosos se tornam. (...) Entre outras coisas, o seu sofrimento também é causado por ser culpado por toda a gente por não evitar esses pensamentos, que é justamente o que estes homens tentam fazer quase com uma ingenuidade insana. Uma vez mais ele

está na fronteira da loucura. Ele faz o que pode para escapar, ele treme ao mais pequeno pensamento que possa estar associado às ideias que originam esses maus pensamentos, e ainda por cima é considerado culpado por tê-los.”.

No século XIX, a POC passa definitivamente do campo da Teologia/Religião e da Filosofia para o campo da Ciência e Medicina, com o desenvolvimento da Psiquiatria como especialidade médica. Em 1838, o francês Esquirol (um dos pioneiros da Psiquiatria moderna) chamava-lhe *monomanie raisonnée*. No seu tratado, Esquirol faz referência a uma mulher de 34 anos, Madame F., que observou em Paris, em 1834 (Esquirol, 1965): “De modo a que a sua condição seja bem entendida, eu vou descrever um dia normal da sua vida. Levanta-se às 6 h da manhã, quer de verão quer de inverno. A sua *toilette* ocupa-lhe hora e meia, ou mais de três horas em períodos de maior excitação. Antes de sair da cama, esfrega os pés durante dez minutos, de modo a limpar qualquer sujidade que tenha ficado entre os dedos ou debaixo das unhas. A seguir, vira e revira os seus chinelos, aban-os e entrega-os à sua criada de quarto para que esta os examine cuidadosamente também, para assegurar que não ficaram com ‘nada de valor’. Penteia o cabelo muitas vezes. Cada artigo seu é examinado sucessivamente, um grande número de vezes, inspecionado de todas as maneiras, em todas as pregas e rugas, e rigorosamente abanado. Depois destas precauções, as mãos são, por sua vez, abanadas vigorosamente, e os dedos esfregados com extrema rapidez enquanto repete o número de vezes que o faz em voz alta, até ser suficiente para se convencer de que nada fica sobre eles. A atenção e o desconforto da doente são tão elevados que, durante estas explorações minuciosas, ela transpira e fica quase exausta pela fadiga. Se, por algum motivo, estas precauções não são tidas, fica preocupada durante todo o dia. Ela nunca é irracional, tem noção da sua condição, entende a natureza ridícula das suas preocupações, ri-se e brinca com elas. Também as lamenta, e por vezes chora.”.

Em 1858, o russo Balinsky defendia que todas as obsessões tinham em comum a “estranheza de consciência”, ressaltando o carácter egodistónico das mesmas (Cherbatykh & Ivlev, 1998). Em 1860, o francês Morel, pai da teoria da degeneração, defendia que as obsessões eram um distúrbio das emoções com origem numa disfunção do sistema nervoso autónomo (SNA) (Svyadosch, 1997). Esta teoria era rejeitada pelos psiquiatras da escola alemã da mesma época, tais como Griesinger e Westphal, que defendiam que as obsessões eram distúrbios do pensamento, aproximando-se mais dos delírios das paranoias (Svyadosch, 1997).

Na escola francesa surge mais tarde, em 1875, o termo de *folie du doute avec délire de toucher* (“loucura da dúvida com delírio de tocar”) pela mão de Henri Le Grand du Saulle, que criou o termo com base naquelas que achou serem as características clínicas mais salientes da doença: “um questionamento mental iniciado pela dúvida e pelo medo de contacto com determinados objetos”. Le Grand du Saulle acrescenta que “há medo de tocar em determinados objetos bem como uma preocupação grosseiramente anormal com a limpeza e com lavagens repetidas”. “Haverá excentricidades de todos os tipos”, diz ele, mas ressaltando que “as faculdades intelectuais permanecem intactas”. Faz referência ao grande espaço de tempo que passa entre o início da doença e a procura de ajuda por parte do doente: “após um sem fim de ansiedades, esforços, lutas e sofrimento, os doentes, após terem teimosamente encontrado as origens para as suas ideias fixas, os seus estranhos distúrbios e ações bizarras, finalmente consultam um médico, na esperança de serem iluminados sobre a sua condição anómala e sobre a sua inabilidade em dominá-la, e também sobre a possibilidade de melhoria, agravamento ou recorrência”. Le Grand du Saulle também faz referência ao estado terminal a que chegavam muitos dos doentes que não procuravam ou descontinuavam os tratamentos: “nas garras de ansiedades incessantes e de sofrimento sem

fim, desiludidos com toda a gente, especialmente com os médicos e com a profissão médica, e com a sua inteligência bem preservada, cientes a todo o momento da bizarria do seu comportamento, os doentes esforçam-se cada vez menos, acabando por desistir nas salas de espera das consultas, não mais procurando tratamento. Eles retiram-se da vida, tornam-se sociais no processo, evitando o mundo” (Stein & Stone, 1997).

Para além da definição da POC como entidade nosológica enquadrável no âmbito da Psiquiatria, o século XIX foi também importante pelo refinamento do posicionamento da POC em termos de classificação nosológica. Primeiramente, foram descritos diversos subtipos, como, por exemplo, a aritmomania (fazer contagens), a misofobia (medo de contaminação) e o *déjà vu* (compulsão de tocar), sendo a POC enquadrada no campo das neuroses, o que contribuiu para que menos doentes com POC fossem admitidos em asilos psiquiátricos (Berrios, 1996). Para esta classificação muito contribuiu um artigo do neurologista britânico Hack Tuke publicado na revista *Brain*, em 1894, intitulado *Imperative Ideas*, em que ele propõe um mecanismo neurobiológico para a POC à luz dos conhecimentos da época (“enfraquecimento dos centros nervosos superiores”) (Tuke, 1894). Este artigo foi comentado por quatro grandes especialistas da época: Hughling Jackson, GH Savage, G Mercier e Milne Bramwell. Savage referia inclusivamente que as “ideias imperativas” eram bastante comuns e “ele mesmo as tinha”, tais como evitar pisar as fendas dos passeios e bater com a sua bengala nas grades quando passeava (Tuke, 1894).

Em 1895, Julius Donath apresenta uma influente monografia à Real Sociedade Médica de Budapeste em que descreve o caso de uma mulher casada de 23 anos que tinha pensamentos obsessivos intensos, egodistónicos, sobre infidelidade. As ideias intrusivas sobre ter relações sexuais com outros homens eram tão intensas que ela fazia a sua própria roupa interior, de

modo que esta fosse bastante espessa e apertada para que dificultasse qualquer eventual contacto sexual. Donath tentou inicialmente tratar esta doente com hipnose, sem sucesso. Posteriormente, tratou-a, motivando-a a concentrar-se no seu trabalho ou a passar mais tempo acompanhada, de modo a distraí-la dos seus pensamentos (Donath, 2003).

Foi ainda no século XIX que se assistiu às primeiras tentativas de tratamento farmacológico da POC. William Hammond (1883) sugeria o uso de brometos sedativos. Já Henry Maudsley era adepto de medidas mais drásticas, sugerindo o tratamento com ópio ou morfina três vezes por dia em associação com arsénio em doses baixas (Rachman & Hodgson, 1980). Pierre Janet, no virar do século, também recorria aos opioides, embora reconhecesse que os riscos deste tratamento pudessem ser superiores aos benefícios (Pitman, 1984).

A PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX E A PSICANÁLISE

No princípio do século XX, dois nomes dominaram a nosologia da POC: Pierre Janet e Sigmund Freud.

Pierre Janet designava estes fenómenos por “psicastenia”, tendo-lhe dedicado uma obra de 750 páginas intitulada *Obsessões e Psicastenia*, onde apresentava uma visão muito próxima da atual fenomenologia da POC (Pitman, 1984): “Os doentes obsessivos apresentam bastante relutância e dificuldade em divulgar o conteúdo das suas obsessões e das suas compulsões, que envolvem pensamentos proibidos de natureza sexual, violenta ou sacrílega. Os seus relatos são acompanhados universalmente pelos remorsos. Alguns sentem remorsos por cada ação que realizam. Obsessões de vergonha sobre si mesmos e sobre os seus corpos são frequentes. Sentem que fazem as coisas erradas ou imperfeitamente. Se o doente admitir que fez algo de bom, irá sempre impugnar um motivo pelo qual o fez. Existem dúvidas sobre tudo... Os obsessivos

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA



A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma doença ainda relativamente desconhecida do grande público, e mesmo os profissionais de saúde ainda não estão completamente familiarizados com as suas características e implicações. É uma doença muitas vezes incapacitante e fonte de intenso sofrimento subjetivo. Neste livro procura-se dar a conhecer as suas múltiplas facetas e características: epidemiologia, clínica, comorbilidades, mecanismos que determinam e levam ao seu desenvolvimento, e também as diversas formas de tratamento farmacológico e não farmacológico, incluindo-se entre estas últimas as mais recentes formas de neuromodulação cerebral.

Pela abrangência dos temas abordados, este livro destina-se a todos os profissionais de saúde que lidam mais diretamente com questões da saúde mental e contactam diariamente com estes doentes, sejam médicos de família, psiquiatras, psicólogos ou enfermeiros, entre outros. Poderá ainda interessar a académicos e docentes que lecionem matérias de Saúde Mental/Psiquiatria.

Coordenação:

António Ferreira de Macedo – Professor Agregado da FMUC. Professor Afiliado da FMUP. Psiquiatra do CHUC. Diretor do Serviço de Psicologia Médica da FMUC. Coordenador da consulta de Perturbação Obsessivo-Compulsiva do CRI de Psiquiatria do CHUC. Coordenador da Unidade Não Invasiva de Estimulação Cerebral do CRI de Psiquiatria do CHUC.

Ana Telma Pereira – Psicóloga. Investigadora Auxiliar do Serviço de Psicologia Médica da FMUC.

Joana Andrade – Assistente Hospitalar de Psiquiatra do CHUC. Assistente Convidada da FMUC. Subcoordenadora da consulta de Perturbação Obsessivo-Compulsiva do CRI de Psiquiatria do CHUC. Subcoordenadora da Unidade Não Invasiva de Estimulação Cerebral do CRI de Psiquiatria do CHUC. Coordenadora da Unidade de Eletroconvulsivoterapia do CRI de Psiquiatria do CHUC.



ISBN 978-989-752-220-8



9 789897 522208

www.lidel.pt