

Perturbação Obsessivo Compulsiva

A maioria dos doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva reconhece que as suas obsessões e compulsões não fazem sentido, mas não conseguem parar.

Os rituais podem exigir um dispêndio considerável de tempo, e os pensamentos podem criar um ambiente de puro terror.

Além disso, a capacidade de concentração para tarefas pode ficar afetada, e estar condicionado a um evitamento de locais ou situações.

Com tudo isto, a rotina da vida diária, o trabalho e as atividades sociais/familiares podem ficar seriamente afetadas.

Frequentemente, os doentes com P.O.C. fazem um esforço extremo para esconder os seus sintomas dos familiares e amigos. Por outro lado, podem ser inculcados rituais nos conviventes, que julgam erradamente estar a ajudar no bem-estar do doente.

A P.O.C. pode associar-se a depressão, perturbações ansiosas (perturbação de pânico, fobias) ou dependência de substâncias, com maior prejuízo na qualidade de vida.

É comum o doente sentir dúvidas acerca da possibilidade de ser ajudado. Mesmo após terminar o tratamento, podem manter-se obsessões ocasionais e consequente vontade de executar os rituais. No entanto, o tratamento permite que se sintam muito mais capazes de os controlar, e de assim gozar a vida sem restrições.



UNIDADE DE SANTO TIRSO

Tel. 252 830 700 | Fax. 252 858 986

Morada: Largo Domingos Moreira
4780-371 Santo Tirso

UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

Tel. 252 300 800 | Fax. 252 312 963

Morada: Rua Cupertino de Miranda s/n
Apartado 31 4761-917 V.N.Famalicão

Todos temos hábitos, padrões, rotinas que nos ajudam a manter limpos, saudáveis e seguros. Podemos ter rituais como confirmar se fechamos a porta antes de deixar a casa, ler antes de deitar, estender a roupa do dia seguinte ou ouvir uma música favorita enquanto trabalhamos.

Mas, na Perturbação Obsessivo-Compulsiva (P.O.C.), os pensamentos, padrões e rotinas tornam-se desprovidos de sentido, irracionais e incontroláveis.

A P.O.C. é uma doença frequente?

Sim. Os estudos referem uma prevalência populacional entre os 1,9 e 3,2 % (média de 1 em cada 40 pessoas).

Em que idade tem início?

As idades típicas de início são a adolescência tardia ou vida adulta jovem.

A P.O.C. pode ocorrer na infância, interferindo no rendimento escolar e na interação com outras crianças e familiares. Crianças com P.O.C. são propensas a cefaleias, dores gástricas ou outros sintomas relacionados com a ansiedade.

O que causa a P.O.C.?

Não existe nenhuma causa reconhecida. Antigamente, pensava-se na relação com atitudes familiares ou experiências da infância, mas atualmente essa hipótese está excluída. Existe uma evidência crescente na relação com fatores genéticos, ambientais e alterações estruturais do cérebro (traumatismo craniano, epilepsia, meningite precoce).

Como se desenvolve?

Os estudos referem que 90% das pessoas têm pensamentos semelhantes aos que surgem na P.O.C. . No entanto, em certas pessoas, estes tornam-se particularmente incómodos, pois vão contra as suas crenças/valores. Isto poderá condicionar o esforço ativo em eliminá-los, o que resulta num efeito paradoxal: quanto mais esforço fizermos em não pensar em algo, mais esse pensamento nos aparece (teste: tente não pensar num elefante cor-de-rosa nos próximos 60seg. O primeiro pensamento é precisamente o elefante cor-de-rosa!).

Isto leva a que recorram a outras formas de controlar a ansiedade: realização de atos que «aliviem o pensamento» (ex: lavar repetidamente as mãos se o nosso pensamento obsessivo diz respeito a sujidade). O problema é que este alívio é apenas transitório, levando a um crescente de ações para aliviar o mal-estar. Esta ação acaba por se tornar uma compulsão incontrolável, com inerente agravamento da ansiedade.

O curso da doença é habitualmente crónico, e o stress parece agravar os sintomas.

Quais os tratamentos disponíveis?

Felizmente, a maioria dos casos que inicia tratamento tem melhoria significativa dos sintomas e da qualidade de vida. O tratamento mais defendido diz respeito a medicação e Terapia Cognitivo-Comportamental (T.C.C.).

Tratamento farmacológico

- Melhoria dos sintomas em 50 a 60% dos casos;
- Uso frequente de antidepressivos.

Muitos doentes sofrem recorrência dos sintomas após suspender a medicação, justificando a associação da T.C.C. .

Terapia Cognitivo-Comportamental

- Melhoria dos sintomas em 80% dos casos;
- Mais eficaz em manter a remissão dos sintomas;

Consiste em aprender formas de controlar a ansiedade sem recorrer à realização dos rituais. Inclui exercícios de relaxamento, construção de pensamentos mais adaptativos, exposição a situações que evitava, etc.

As pessoas com P.O.C. têm obsessões, compulsões, ou ambas. Seguem-se exemplos frequentes.

OBSESSÕES

Pensamentos, imagens mentais ou impulsos que são incómodos e repetitivos.

- Medo de ter uma doença, como cancro ou SIDA;
- Preocupação constante com sujidade, contaminação;
- Medo de magoar ou matar alguém;
- Medo de esquecer de fazer algo (ex: desligar o fogão);
- Medo de fazer algo vergonhoso ou imoral;
- Preocupação constante com o facto dos pensamentos maus poderem conduzir a alguma tragédia.

COMPULSÕES E RITUAIS

Ações que as pessoas sentem como necessárias para aliviar a ansiedade ou prevenir que algo de mau aconteça.

- Limpeza – lavar as mãos, tomar banho ou limpar a casa repetidamente, podendo chegar a horas;
- Verificação – verificar várias vezes que a porta está fechada, que o fogão está desligado, etc;
- Repetição – incapacidade de parar de repetir um ato, como abrir e fechar gavetas;
- Coleção – guardar coisas sem utilidade;
- Simetria – assegurar-se que os objetos estão dispostos de forma simétrica.