

**O HOMEM
QUE NÃO
CONSEGUIA
PARAR**

David Adam

**O HOMEM
QUE NÃO
CONSEGUIA
PARAR**

POC
e a história verdadeira
de uma vida perdida
em pensamentos

TEMAS E DEBATES

Círculo de Leitores

U M

A nossa mentalidade de cerco

Uma vez, Bira, uma aluna de uma escola etíope, comeu uma parede da sua casa¹. Não queria fazê-lo, mas descobriu que comer a parede era a única maneira de parar de pensar nela. Também não queria pensar na parede, na verdade, sentia-se profundamente perturbada pelas ideias e imagens que dominavam a sua mente. A única maneira de fazer desaparecer os pensamentos sobre a parede, e acalmar a ansiedade que lhe provocavam, era ceder a um impulso estranho e insuportavelmente forte de a comer. E assim fez; dia após dia, ano após ano. Quando chegou aos dezassete anos, tinha comido oito metros quadrados da parede – mais de meia tonelada de tijolos de adobe.

Bira vivia na capital, Adis Abeba. O seu pai morreu quando ela era pequena e foi educada pela mãe. Até onde lhe era dado recordar, Bira comera terra, desde muito pe-

quena. Tornou-se pior na adolescência, quando começou a retirá-la apenas da parede de sua casa. Ao fazê-lo, as imagens e pensamentos surgiram mais vívidos e com maior frequência, o que só intensificou a sua necessidade de comer para encontrar alívio. A terra provocava obstipação a Bira e também fortes dores de estômago. Os curandeiros tradicionais etíopes tentaram tratá-la com orações e água-benta e aconselharam-na, pura e simplesmente, a parar de comer terra. Mas não podia. Não podia parar os seus pensamentos sobre a parede e, por isso, não podia impedir-se de a comer.

Um dia, Bira não conseguiu aguentar mais. O seu estômago distendido latejava de dor e o seu abdómen estava tenso com as câibras. Tinha a garganta arranhada e em carne viva devido à palha dos tijolos e o corpo crivado de parasitas da terra. Chorando, dirigiu-se ao hospital local. Na altura, a Etiópia tinha oito psiquiatras para uma nação de setenta milhões de pessoas. Bira teve sorte. Conseguiu ser atendida por um deles. Disse-lhe que precisava de ajuda. Sabia que os seus pensamentos eram errados, mas sabia que não conseguia pôr-lhes termo sozinha.



Uma pessoa média pode ter quatro mil pensamentos por dia, e nem todos são úteis ou racionais². Os destroços mentais podem surgir sob muitas formas. Há as palavras, frases, nomes e imagens irrelevantes que irrompem, sem convite, nas nossas mentes, amiúde quando estamos a realizar uma tarefa de rotina. Há *earworms* [vermes auditivos]: melodias que se introduzem nas nossas mentes e que recebem a designação prosaica de «síndrome da música que não sai da cabeça». E há pensamentos negativos – «Não

posso fazer isto», «Tenho de desistir» – o inimigo jurado dos psicólogos do desporto de todo o mundo.

E depois há os pensamentos muito estranhos: aquelas ideias ocasionais, aleatórias e não desejadas que parecem surgir do nada e desorientam porque são vis, imorais, repugnantes, revoltantes – e pura e simplesmente excêntricas. A pergunta sedutora: «E se?» E se me atirasse para a frente daquele autocarro? E se desse um murro naquela mulher?

Este tipo de pensamentos é mais comum do que a maior parte das pessoas pensa. Pergunte a quem conhece. Um amigo meu tem necessidade de verificar se não existem ratazanas dentro da sanita, antes de se sentar. Outro desliga o ferro da tomada e coloca-o num lugar que não é habitual, depois de o ter utilizado, para saber, sem a menor dúvida, qual é a resposta quando a sua mente lhe perguntar, mais tarde: tens a certeza, a certeza absoluta, de que o desligaste? Uma alma torturada passou uma tarde inteira sem ser capaz de ignorar o pensamento repetitivo de que poderia ter rabiscado, num formulário de candidatura ao emprego dos seus sonhos, a palavra «cona». A maior parte das pessoas tem este tipo de pensamentos estranhos. A maior parte delas afasta-os. Algumas não o fazem.

Quando não conseguimos fazer com que os nossos pensamentos estranhos desapareçam, eles podem levar-nos a um grande sofrimento e à doença mental. Os amigos que referi atrás não converteram deste modo os seus pensamentos estranhos. Mas eu fi-lo.

Transformei os meus numa perturbação obsessiva-compulsiva.



No dia em que o piloto brasileiro de Fórmula 1 Ayrton Senna morreu, num acidente durante um Grande Prémio, em Itália, fiquei preso nas instalações sanitárias de uma piscina de Manchester. A porta estava aberta mas os meus pensamentos bloqueavam a saída.

Foi em maio de 1994. Tinha vinte e dois anos e estava com fome. Depois de ter nadado várias piscinas, saí da água e encaminhei-me para os vestiários. Ao descer os degraus – um, dois, três –, au!, raspei com a parte traseira do calcanhar na aresta viva do último degrau. Deixou uma pequena escoriação através da qual o sangue irrompeu formando uma gota que ficou suspensa da pele rasgada. Transferi a gota para o meu dedo e uma segunda surgiu para ocupar o seu lugar. Tirei um toalhete de papel do distribuidor que se encontrava sobre o lavatório para a comprimir contra o calcanhar molhado. O sangue no meu dedo foi levado pela água que me escorria pelo braço. Os meus olhos, é claro, seguiram o sangue. E a angústia, é claro, regressou, antecipando-se inclusive à lembrança. Os meus ombros descaíram. O meu estômago contorceu-se. Haviam passado quatro semanas desde o incidente na paragem de autocarro e, por mais que dissesse a mim mesmo que já não estava preocupado, mentia.

Picara o dedo num parafuso que sobressaía da chapa ondulada do abrigo da paragem de autocarro. Era uma tarde agitada de sábado e muita gente andava por ali. Qualquer um, pensei, poderia ter-se ferido facilmente da mesma forma que eu. E se um deles fosse seropositivo? Podia ter deixado sangue contaminado no parafuso que depois me picara a pele. Isso introduziria o vírus na minha corrente sanguínea. Oh, eu sabia que os especialistas diziam que a transmissão por essa via era impossível. O vírus

não conseguia sobreviver fora do corpo. Mas também sabia que, quando pressionados durante tempo suficiente, os especialistas acabavam por admitir que não tinham a certeza de que assim fosse. Na verdade, alguns tinham reconhecido, perante mim, que havia um risco teórico.

Fiquei de pé, imóvel, nas instalações sanitárias dos vestiários, ainda a escorrer água, com os óculos de natação numa mão e o toalhete de papel manchado de sangue na outra, e passei em revista, de novo, a sequência dos acontecimentos na paragem de autocarros. Disse para comigo que não havia sangue no parafuso, quando fora verificar ou que, pelo menos, não pensava que houvesse. Oh, porque é que não me certificara sem margem para dúvidas?

Alguém entrou ruidosamente pela porta dos vestiários da piscina. Estava a assobiar. Olhei para o meu dedo. Espera aí. QUE RAIO TINHA EU FEITO? Pusera um toalhete de papel num corte acabado de fazer. GRANDE ANIMAL. Olhei para o toalhete de papel, agora ensopado. TEM SANGUE. Bem, é claro, é o meu sangue. COMO PODES TER A CERTEZA? Alguém com sida e uma mão a sangrar podia ter tocado nele antes de mim. OH, MEU DEUS. Atirei-o para o caixote do lixo, retirei outro do distribuidor e examinei-o. Não tinha sangue. Ajudava, um pouco. O seguinte também não tinha sangue. MAS PODIAM TER-LHE TOCADO. Retirei o toalhete de papel original do caixote do lixo. Estava ensanguentado. SE FOR O SANGUE DE OUTRA PESSOA PORQUE É QUE ESTÁS A PEGAR NELE? Lavei rapidamente as mãos. E SE ELES TAMBÉM SANGRARAM PARA O LAVATÓRIO? NÃO TOQUES NA MERDA DO CALCANHAR. NÃO TOQUES NA MERDA DO CALCANHAR. Impossível não o fazer. E SE ESSE NEM SEQUER FOR O TOALHETE DE PAPEL QUE ATIRASTE PARA O CAIXOTE? Podia estar a mexer num toalhete de papel de outra pessoa, com o sangue de outra pessoa. Procurei

no caixote do lixo. Não consegui ver outros toalhete de papel com sangue. E AQUELE?

O homem que assobiava estava pronto para ir nadar. Veio até ao lavatório, pegou num toalhete de papel, assoou-se e atirou-o para o caixote do lixo. Fiz o mesmo. Olhou-me. Sorri. Ele não. Afastou-se. Eu não. Acabou de nadar e foi-se embora. Eu não podia.

Mais tarde, enquanto ia de bicicleta para casa, fiquei satisfeito com a solução que encontrara. Estava a avançar! Ouvia os pássaros e sentia no rosto o sol da primavera. Ora bem, é claro que não podia ter contraído sida por me ter arranhado no parafuso da paragem de autocarros. Era ridículo, via-o agora. Quanto a isso, não tinha nada com que me preocupar. Tirei o fato de banho do saco e coloquei-o no radiador do meu quarto. Remexi o armário à procura das minhas luvas de inverno e calcei-as para desdobrar a minha toalha e retirar, cuidadosamente, o toalhete de papel, molhado e manchado de sangue que estava embrulhado lá dentro. Coloquei-o sobre o radiador, ao lado dos calções de banho. Teria de esperar cerca de dez minutos, pensei, até ficar suficientemente seco para o analisar adequadamente. Depois, meti de novo a mão no saco e vi os outros toalhete de papel amarrotados, os que retirara do caixote do lixo, e pu-los em cima da minha secretária. Também iria analisá-los, analisá-los adequadamente (algo impossível no vestiário) e de certeza de que isso seria o suficiente. Depois, poderia esquecer tudo aquilo. Ufa! Tirei as luvas e liguei o televisor. O Grande Prémio estava prestes a começar.



Estes são os meus pensamentos estranhos. Esta é a minha perturbação obsessiva-compulsiva. Vivo obcecado com as maneiras como posso contrair sida. Verifico tudo, compulsivamente, para ter a certeza de que não contraí o VIH e oriento o meu comportamento de modo a certificar-me de que não sucederá no futuro. Vejo o VIH em todo o lado. Está à espreita em escovas de dentes e toalhas, em torneiras e telefones. Limpo chávenas e garrafas com um pano, odeio partilhar bebidas e cubro o menor arranhão ou escoriação com diversos pensos rápidos. A minha compulsão pode exigir que, após um arranhão provocado por um prego ferrugento ou um pedaço de vidro, volte atrás para o enrolar em papel absorvente e procure eventuais gotas de sangue contaminado que pudessem estar lá. A pele gretada entre os dedos dos meus pés pode obrigar-me a andar sobre os calcanhares em vestiários cheios de gente, para evitar eventual sangue no chão. Já examinei de perto assentos de comboio à procura de seringas, e tampos de retrete à procura de tudo e mais alguma coisa.

Como jornalista, encontro-me com muita gente e aperto-lhes a mão. Se tiver um corte num dedo, ou me aperceber de que alguém com quem estou a falar tem uma ligadura ou um penso rápido sobre uma ferida, os pensamentos relacionados com o aperto de mão e a forma de o evitar podem começar a sobrepor-se a tudo o mais. O meu eu racional sabe que esses medos são ridículos. Sei que não posso contrair sida em situações dessas. Mas os pensamentos e a angústia surgem, mesmo assim.

O psiquiatra que Bira consultou em Adis Abeba disse-lhe que ela sofria de perturbação obsessiva-compulsiva (POC). Tinha pensamentos persistentes inapropriados. Não podia ignorar ou evitar esses pensamentos, que a dei-

xavam ansiosa. Para reduzir e evitar essa ansiedade desenvolveu um comportamento compulsivo. As compulsões alimentavam as obsessões. Em conjunto, as obsessões e compulsões tomavam-lhe tanto tempo e causavam uma tal angústia que lhe destruíam a vida.

A maior parte das pessoas ouviu falar na POC mas há muita confusão relativamente à doença. É vista geralmente como uma peculiaridade comportamental. Na verdade, a POC é uma doença grave e incapacitante e que é definida tanto pelo sofrimento mental provocado por pensamentos estranhos recorrentes como por atos físicos, como as repetidas lavagens de mãos. No caso de Bira, foi-lhe diagnosticada uma POC de gravidade moderada. Sim, consideraram que, numa rapariga que comera uma das paredes da sua casa, a perturbação apresentava apenas uma gravidade *moderada*. Há muitas pessoas por aí que apresentam formas piores. Bira passava cerca de duas horas por dia a pensar na parede e a comer terra. No entanto, em média, os pacientes de POC podem gastar seis horas por dia com as suas obsessões e quatro com as suas compulsões³. Um brasileiro chamado Marcus sofria de uma POC que se centrava em pensamentos obsessivos sobre a forma das suas órbitas, de tal forma que era obrigado a tocá-las constantemente com os dedos. Marcus acabou por vazar os olhos e ficar cego⁴.



É difícil explicar a obsessão – a obsessão clínica grave, um verdadeiro monopólio de pensamento. Tal como o cérebro humano se esforça por entender a magnitude do tempo geológico, ou a velocidade a que a eletrónica pode funcionar ou até o número de vezes por segundo que as

asas de um colibri batem, também pode parecer incrível que uma única ideia, um único conceito, possa dominar verdadeiramente a mente de alguém durante dias, semanas, meses, anos. Eis a melhor descrição que tenho.

Pensem num computador e nas diversas janelas e operações distintas que a máquina pode realizar ao mesmo tempo. Enquanto estou a escrever isto, há outra janela aberta em segundo plano que atualiza o meu correio eletrónico e um programa de navegação na Web que, neste momento, procura resultados de futebol. Quando quero, posso abrir as janelas, ampliá-las ou reduzi-las, abrir e fechar outras quando me convier. Esse é o modo como a mente costuma tratar os pensamentos. Partilha a concentração consciente entre tarefas, enquanto o subconsciente muda o conteúdo de cada janela ou conduz a nossa atenção entre elas.

A obsessão é uma grande janela que não pode ser reduzida, transferida ou fechada. Mesmo quando as outras tarefas ocupam o primeiro plano da mente, a janela da obsessão está lá, em segundo plano. Trabalha intensamente e está pronta para dominar a atenção. Funciona como um sorvedouro constante de energia e diminui o desempenho das outras tarefas. Não se pode desligar e ligar a máquina. Sempre que se está acordado, a janela está ali e quando conseguimos desviar a atenção para outro lado, temos consciência de que o fazemos deliberadamente. Dentro em breve, a obsessão exigirá o protagonismo. Por vezes, geralmente ao acordar, está ausente. O ecrã está vazio. Mas se premirmos uma tecla, movermos o rato, ativarmos o cérebro, ela volta ao seu lugar com um zumbido e um clique.

Numa época tão recente como a década de 1980, os psiquiatras pensavam que as obsessões e compulsões clínicas eram extremamente raras. Hoje, pensam que entre

2 e 3 por cento das pessoas sofrem de POC a dada altura da vida. Isso significa que mais de um milhão de pessoas, na Grã-Bretanha, são afetadas diretamente, e mais cinco milhões nos Estados Unidos. A POC é o quarto distúrbio mental mais comum depois dos três grandes – depressão, consumo indevido de substâncias e ansiedade⁵. A POC é duas vezes mais comum do que o autismo e a esquizofrenia. A Organização Mundial de Saúde classificou a POC como o décimo problema médico mais incapacitante⁶. O seu impacto na qualidade de vida foi considerado mais grave que o da diabetes⁷. Mas as pessoas que sofrem de POC costumam esperar uma década ou mais para procurarem ajuda⁸.

A POC afeta homens e mulheres em igual proporção⁹. Começa geralmente no início da adolescência ou no final desta e início da idade adulta, embora os seus efeitos possam perdurar por toda a vida¹⁰. Não respeita limites culturais, étnicos, raciais ou geográficos. A POC é um *handicap* social e um fardo para a sociedade. As crianças com POC têm mais probabilidade de querer amigos, mas menos probabilidade de os fazerem. Os adultos com POC têm mais probabilidade de ficarem desempregados¹¹ e solteiros¹². Exercem uma grande pressão sobre as suas famílias. Têm mais probabilidade de viver com os pais¹³. Têm mais probabilidade de ser celibatários. Se se casarem, é menos provável que tenham filhos, e mais provável que se divorciem¹⁴. Todavia, muito médicos dos serviços de cuidados primários continuam a não saber reconhecer os sinais e sintomas da POC ou o seu significado¹⁵. Poucos indivíduos com POC recuperam espontaneamente e, no entanto, dois terços dos que dela padecem nunca consultam um profissional de saúde mental¹⁶.



A palavra «*obsess*» (obcecar) apareceu pela primeira vez em inglês no início do século XVI. Deriva do latim *obsidere*, literalmente «sentar-se diante», mas definido mais comumente como «assediar»; o termo tem um passado militar. Assediar uma cidade era cercá-la, mas sem a controlar. O verbo *possidere*, donde derivam possuir e possuído, descrevia a fase subsequente, quando um exército vitorioso assumia o controlo da cidade e dominava a sua população.

A mudança de sentido destas palavras para descrever indivíduos perturbados, primeiro em termos religiosos e depois na linguagem clínica, apresentava a mesma distinção. O uso original de obcecar refletia o entendimento de que o pensamento estranho – nesse tempo, atribuído a um espírito maligno – tinha origem fora da vítima. Estar obcecado era algo que acontecia a alguém; uma pessoa não estava obcecada com uma ideia – era a ideia que a obcecava. Era diferente de alguém que estivesse possuído, pois então pensava-se que o espírito invadia a pessoa e a controlava do interior.

O diagnóstico de se alguém estava obcecado ou possuído por espíritos malignos resumia-se amiúde a saber se a vítima tinha consciência da presença malévola; se reconhecia os seus pensamentos como estranhos e, portanto, tentava resistir-lhes. Considerava-se que os obcecados eram capazes de o fazer. As vítimas de possessão, porque tinham entregado a sua alma aos demónios invasores, não o podiam fazer. Continuavam a não ter consciência do que estava a acontecer. A distinção sobreviveu até hoje. Um diagnóstico de POC exige geralmente um certo grau daquilo a que os

psiquiatras chamam *insight* – uma pessoa obcecada tem de identificar os pensamentos estranhos como sendo alheios a si mesma e angustiantes e tem de fazer esforços para os repudiar.

Hoje em dia, obsessão é uma palavra utilizada mais amplamente. Dado que os pensamentos costumam surgir e desaparecer e a cabeça é um torvelinho constante de emoções e sensações involuntárias, basta apenas um pequeno movimento de coalescência desta nebulosa mental em redor de um tema recorrente para se formar um caroço temporário, um impasse, a que a sociedade chama obsessão. Assim, as pessoas dizem que estão obcecadas quando não conseguem deixar de pensar numa pessoa atraente ou quando não conseguem impedir pensamentos em relação a um determinado alimento. As nossas mentes são tão fluidas que qualquer corrente lenta atrai a nossa atenção. Dizemos que estamos obcecados com desporto, sexo, sapatos, bolos, carros e mil outros prazeres, por vezes todos ao mesmo tempo. Mas, com o tempo, amiúde de imediato, essas chamadas obsessões desfazem-se e são levadas e consumidas pela corrente mental. Essa não é a obsessão de que iremos falar aqui. Não faria com que uma pessoa comesse uma parede.

Os pensamentos obsessivos da POC são diferentes e tendem a aglomerar-se em redor de um número limitado de temas. Obsessões de contaminação com sujidade e doença são as mais frequentes e aparecem em cerca de um terço dos casos. Medos irracionais de danos – fechei a porta das traseiras? O forno está desligado? – são os segundos mais frequentes e afetam cerca de um quarto das pessoas que sofrem de POC. Cerca de um em cada dez luta com uma necessidade obsessiva de padrões e simetria.

Mais raras, mas ainda significativas, são as obsessões com o corpo e sintomas físicos, pensamentos religiosos e blasfemos e pensamentos de cometer atos de violência. É precisamente por os pensamentos obsessivos se inserirem nesses temas tabu e vergonhosos que muitas pessoas que sofrem de POC preferem escondê-los.

A obsessão não toma em consideração a explicação racional. Nenhuma patologia do pensamento pode ser resolvida com mais pensamento. Kurt Gödel, o brilhante matemático do século xx, amigo e colega de Albert Einstein, viveu para a racionalidade¹⁷. O seu teorema da incompletude usou a lógica para explorar e expor os limites da lógica. No entanto, Gödel sofria de uma ideia totalmente irracional e obsessiva de que seria envenenado acidentalmente, talvez com alimentos estragados ou por uma fuga de gás do seu frigorífico. Não comia nada que a mulher não provasse primeiro. Quando ela ficou doente e deixou de poder fazê-lo, o cerco obsessivo na sua mente fez com que Gödel se deixasse morrer de inanição.



Por que razão estou a escrever este livro? A obsessão in-centiva a atenção a virar-se para dentro e elimina o interesse das relações com os outros. A POC cimenta a presença de um indivíduo no centro da sua mente e dos seus atos. E dispersa. Há sempre qualquer outra coisa em que seria melhor pensar, ou não pensar. Já não quero ser egoísta. Agora, tenho dois filhos que precisam de mim. Não quero que passem por aquilo que passei. Não quero que venham a ter obsessões, que se tornem reféns dos seus pensamentos estranhos, que inventem um monstro. E, se o fizerem, quero ser capaz de os ajudar.