

Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma Abordagem Conscienciológica

Obsessive-Compulsive Disorder: A Conscientiological Approach
Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Una Abordaje Concienciológica

Adriana Chalita* e Rose Carvalho**

* Médica. Mestre em Psiquiatria. Voluntária da Organização Internacional de Consciencioterapia (OIC).
adrianachalita@gmail.com

** Nutricionista e Psicóloga. Mestre em Ciências. Voluntária da Organização Internacional de Consciencioterapia (OIC).
rosecarvalho@cybermais.net

Palavras-chave

Auto-assédio
Parafisiologia
Parapatologia
Parasemiologia
Paraterapêutica
Transtorno de ansiedade

Keywords

Anxiety disorders
Parapathology
Paraphysiology
Parasemiology
Paratherapeutics
Self-intrusion

Palabras-clave

Autoasedio
Parafisiología
Parapatología
Parasemiología
Paraterapêutica
Trastorno de ansiedad

Resumo:

O presente artigo aprofunda o estudo do Transtorno Obsessivo-Compulsivo sob o enfoque do Paradigma Consciencial. Busca desvelar os mecanismos de funcionamento, sua parafisiopatologia e influências paragenéticas. Foram utilizados resultados de pesquisas biográficas, revisão bibliográfica e das vivências terapêuticas com conscins portadoras do TOC, realizadas pelas autoras. Observou-se a presença de determinados padrões pensênicos, sugestivos de lavagem paracerebral, e a influência de consciexes afinizadas com padrões energéticos de medo, autculpa e autopunição dessas conscins enfermas. A utilização de técnicas consciencioterápicas pode auxiliar na reeducação e enfrentamento do *modus operandi* doentio das conscins com TOC, proativas em sua autocura.

Abstract:

The article brings an in-depth study of the obsessive-compulsive disorder (TOC) under the scrutiny of the consciential paradigm, seeking to analyze its functioning, paraphysiology and paragenetic influences. To this end, the authors undertook bibliography research and review and employed the results of therapeutic experiences with intraphysical consciousnesses suffering from TOC. It was noticed the presence of particular thosenic patterns suggesting parabrains washing as well as the influence of extraphysical consciousnesses having affinity with energetic patterns of fear, guilt and self-punishment of the consciousnesses impaired. The employment of conscientiotherapeutic techniques may assist in the reeducation and confronting of the sick *modus operandi* of intraphysical consciousnesses with TOC proactive in their self-cure.

Resumen:

El presente artículo profundiza el estudio del Trastorno Obsesivo-Compulsivo sobre el enfoque del Paradigma Conciencial. Busca develar los mecanismos de funcionamiento, su parafisiopatología e influencias paragenéticas. Fueron utilizados resultados de pesquisas biográficas, revisión bibliográfica y de las vivencias terapêuticas con concíns con TOC, realizadas por las autoras. Se observó la presencia de determinados padrones pensênicos, sugestivos de lavados paracerebrales, e influencia de consciexes afinizadas con padrones energéticos de miedo, autculpa y autopunição de estas concíns. La utilización de técnicas consciencioterápicas pueden auxiliar en la reeducación y enfrentamiento del *modus operandi* patológico de las concíns con TOC, proactivas en su autocura.

INTRODUÇÃO

TOC. O *transtorno obsessivo-compulsivo* (TOC) é uma psicopatologia que leva à improdutividade e aprisionamento da consciin por sua própria mente, considerando a escravidão da consciência intrafísica aos seus pensenes.

Eletrônica. Os estudos da Psiquiatria e da Psicologia (APA, 2003, p. 443-446; CORDIOLI, 2007, p. 44-51 e 90-94; KAPLAN, 1997, p. 568 e 569), apesar de auxiliarem na compreensão das alterações bioquímicas e estruturais cerebrais, na relação da genética, do ambiente, das crenças erradas ou distorcidas, e dos condicionamentos com a predisposição ao aparecimento desta patologia na consciin, até o momento, não são capazes de elucidar os mecanismos intraconscienciais que levam à eclosão deste transtorno. Também, pouco auxiliam a consciin em sua autocura, pois ao se considerar a possibilidade de muitos desses mecanismos e traços patológicos serem paragenéticos, a avaliação dessas alterações apenas com foco na vida atual mostra a limitação dos estudos dessas ciências.

Serialidade. Ao considerar o paradigma consciencial, algumas patologias da consciência passam a ser vistas como parapatologias. As ações e envolvimento anticosmoéticos em vidas anteriores geram conseqüências na atual vida e no soma da consciin, assim como repercutem traços e mecanismos enraizados no psicossoma e alterações da parafisiologia do mentalsoma.

Iceberg. Os sinais e sintomas aparentes das psicopatologias podem ser considerados enquanto a ponta do *iceberg*. A consciência é complexa e multifacetada, sendo assim, poder-se-ia considerar que a eclosão de determinada patologia psiquiátrica é o resultado da convergência de mecanismos de funcionamento antievolutivos, traumas, relações grupocármicas, holobiografia e contexto evolutivo.

Diferença. Neste artigo, considera-se o estudo da *psicopatologia* TOC pela visão eletrônica, uma avaliação a partir de corte transversal da consciência (apenas da vida atual da consciin), assim como a ampliação do entendimento desse transtorno pela Conscienciologia, um estudo com base na avaliação longitudinal (repercussões da serialidade), ou seja, o TOC sendo uma *parapatologia*.

Objetivo. Este trabalho tem como objetivo a proposta da avaliação da parapatologia TOC através da abordagem pelo paradigma consciencial.

Estrutura. Serão abordados aspectos do TOC em seções, a partir da seguinte estrutura: *Parapatologia* (*Apresentação do Transtorno, Etiologia, Parassemiologia, Hipóteses Parafisiopatológicas*) e *Paraterapêutica*. Ao se utilizar esta estruturação, fez-se a opção da avaliação de vários aspectos desta parapatologia, em detrimento do aprofundamento em apenas um aspecto, dando uma visão mais ampla do TOC.

METODOLOGIA DE TRABALHO

Pesquisa. Este artigo é o resultado de estudos realizados pelas autoras sobre o tema e de conclusões de pesquisa obtidas pelo grupo de estudo sobre TOC, composto por alguns consciencioterapeutas, em 2006, na Organização Internacional de Consciencioterapia (OIC). Contribuíram neste grupo, além das autoras, os seguintes pesquisadores: Ana Vilela, Ivo Valente, Luiz Gonçalves, Nario Takimoto, Nazaré Almeida, Siomara Vicenzi e Viviane Ribeiro.

Etapas. Para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos do TOC e para ampliar a compreensão da doença sob o enfoque do paradigma consciencial, utilizaram-se as seguintes 4 etapas:

1. **Cosmograma.** Aplicada a técnica do cosmograma, entre 2006 e 2008, sobre o tema TOC, através de recortes de revistas e jornais de grande circulação, e de pesquisa em cosmogramas disponíveis no Holociclo

dos seguintes verbemas: *psiquiatria, psicopatologia, manias e farmacologia*. Foram selecionados recortes que traziam relatos de casos, gerando resultados na pesquisa de traços conscienciais e mecanismos de funcionamento das consciências com TOC.

2. Estudos de personalidades. O estudo de seis personagens da vida pública com diagnóstico prévio de TOC foi realizado entre 2006 e 2007. A partir da avaliação de dados coletados em livros, artigos e filmes sobre a história de vida destas personalidades, obtiveram-se resultados das características de etiologia, traços conscienciais e mecanismos de funcionamento do TOC. As personalidades estudadas não serão mencionadas neste artigo, a fim de evitar evocações desnecessárias.

3. Pesquisa bibliográfica. A partir da pesquisa bibliográfica de temas escolhidos devido à relação com aspectos do TOC tratados neste trabalho, obtiveram-se resultados no entendimento da etiologia, traços conscienciais, mecanismos de funcionamento e hipóteses parafisiopatológicas do TOC. Este estudo está descrito a seguir:

a. **Socin.** Realizada revisão bibliográfica do tema TOC, entre 2006 e 2008, em 13 livros publicados no Brasil, entre 1997 e 2007, de autores de referência sobre o tema TOC na psiquiatria, psicologia e neurociência.

b. **Conscienciologia.** Realizada entre 2006 e 2008 revisão bibliográfica de publicações conscienciológicas do autor Waldo Vieira. Nessa revisão foram buscados temas específicos (*paralavagem cerebral, parassemiologia, redutores do autodiscernimento, auto-assédio e parapatologia*) a partir da busca pelo sumário e índice remissivo das obras. Também foi feita busca, através da Bibliomática, das seguintes palavras-chave: *paragenética, parafisiologia, neuróglia, neurônios, paraneurônios, parassinapses, pressão holopensênica, mesologia, holopensene e interação entre veículos*.

4. Vivências terapêuticas. Foi feita a compilação de vivências terapêuticas das autoras com até 9 anos de atendimento clínico às consciências com TOC, divididos em ambulatórios de psiquiatria, grupo de pesquisa sobre TOC na Universidade Federal do Rio de Janeiro, internações psiquiátricas e *set* consciencioterápico. A experiência clínica contribuiu nos resultados da etiologia, traços conscienciais, mecanismos de funcionamento, hipóteses parafisiopatológicas e proposta de paraterapêutica do TOC.

Diagnóstico. Todos os casos inseridos para avaliação neste estudo foram diagnosticados com base nos critérios diagnósticos para o TOC do DSM-IV-TR (APA, 2003, p. 448).

Resultados. Os resultados obtidos a partir da metodologia estão inseridos ao longo do artigo, de acordo com o aspecto da parapatologia avaliado em cada seção.

PARAPATOLOGIA

I. Apresentação do Transtorno

Definição. O *transtorno obsessivo-compulsivo* é uma parapatologia da consciência relacionada aos conflitos entre apresentar pensamentos automiméticos parapatológicos, geradores de autculpa, e sucumbir ao processo de atenuá-los, temporariamente, através de rituais e compulsões autopunitivas, por vezes perfeccionistas e, sempre, antievolutivas, quando a consciência já percebe seus padrões de patopensividade.

Sinonímia: 1. TOC. 2. Autoperdão anticosmoético; proteção patológica autocomplacente. 3. Transtorno da emoção fixa. 4. Transtorno do monoideísmo. 5. Transtorno da autculpa. 6. Rotinas antievolutivas.

Antonímia: 1. Transtorno da ansiedade generalizada. 2. Auto-imperdão cosmoético. 3. Reciclagem intraconsciencial. 4. Higiene consciencial. 5. Rotinas úteis. 6. Técnica do detalhismo. 7. Técnica da circularidade.

Interdisciplinaridade. Para ampliar o entendimento do TOC enquanto parapatologia é necessário, inicialmente, a compreensão do TOC enquanto patologia psiquiátrica.

Psiquiatria. Pela *Psiquiatria*, o TOC é um transtorno inserido na categoria diagnóstica dos transtornos de ansiedade. Caracteriza-se pela presença de obsessões e / ou compulsões recorrentes, graves a ponto de causarem sofrimento acentuado, consumirem tempo (pelo menos uma hora por dia), ou interferirem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional, em atividades ou relacionamentos sociais da pessoa com o transtorno. Por definição, os adultos portadores de TOC reconhecem, em algum momento, que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (APA, 2003, p. 443, 444 e 448).

Obsessões. Obsessões são idéias, imagens, impulsos ou pensamentos recorrentes, monoideísmos, geradores de ansiedade. As obsessões estariam relacionadas à produção de estado de apreensão, angústia e sofrimento.

Ego-distonia. A psicopatologia considera que as obsessões são vivenciadas pela pessoa, sendo intrusivas ou inadequadas, ou seja, ego-distônicas. O termo ego-distônico significa que o indivíduo percebe que o conteúdo da obsessão é estranho, não está dentro de seu controle e não é o pensamento que esperaria ter (APA, 2003, p. 443).

Compulsões. Compulsões são comportamentos repetitivos que a consciencia realiza a fim de amenizar e / ou sanar a ansiedade, angústia e sofrimento, geralmente, relacionados a alguma obsessão. As compulsões podem ocorrer mentalmente e também podem ter o caráter ilusório de prevenir eventos ou situações temidos pela própria consciencia ou por seus familiares.

Tipologia. A apresentação mais frequente desta patologia é a presença da associação de obsessões e compulsões. Eis, listados, os tipos mais comuns de cada um destes sintomas, classificados pela literatura médica (APA, 2003, p. 444; KAPLAN, 1997, p. 570 e 571):

1. Obsessões

a. **Contaminação:** idéia fixa de poder ser contaminado. Exemplo: angústia que leva à recusa de utilizar talheres de restaurantes.

b. **Dúvidas repetidas:** dúvida recorrente de não ter realizado determinada tarefa. Exemplo: dúvidas, mesmo após checagem, de ter fechado as portas ou janelas.

c. **Necessidade de organização ou ação ordenada:** pensamento de que se não fizer uma ação de acordo com determinado padrão ou manter simetria de objetos, algo de catastrófico poderá ocorrer. Exemplo: apenas conseguir realizar o banho diário na ordem predeterminada de limpeza das partes do corpo, sendo necessário interromper e obrigando-se a recomeçar, desde o início, caso troque alguma ordem.

d. **Impulsos agressivos ou horrorizantes:** imagens, pensamentos e medo de agressão a terceiros. Exemplo: apreensão devido às imagens intrusivas de agressão aos familiares e medo de que a própria consciencia, realmente, possa agredir os familiares.

e. **Imagens sexuais:** surgimento de imagens sexuais mentais. Exemplo: angústia por ter imagens mentais recorrentes relacionadas à agressividade sexual ou à genitália do sexo oposto.

2. Compulsões

a. **Limpeza:** o ato repetitivo de limpeza pode amenizar a idéia de ter sido contaminado ou ser profilaxia de contaminação. Exemplo: demorar 2 horas no banho por ter que repetir 10 vezes a lavagem de cada parte do corpo.

b. **Verificação:** atitude de verificar várias vezes se realizou determinada ação. Exemplo: não conseguir dormir se não verificar 10 vezes se fechou a porta de casa.

c. **Contagem:** fazer contagens mentais para evitar que determinado evento ruim possa acontecer. Exemplo: contar múltiplos de 3, sequencialmente, até chegar ao número 90, a fim de evitar determinada agressão física por terceiros aos familiares.

d. **Repetição de ações:** sentir-se compelido a repetir ações para evitar determinado acontecimento. Exemplo: subir e descer escadas 5 vezes seguidas para evitar ser reprovado em determinada prova.

e. **Colocação de objetos em determinado padrão:** atitude compulsiva de arrumar objetos de maneira simétrica ou de acordo com algum padrão preestabelecido. Exemplo: arrumar a colcha da cama de maneira com que seja dobrada, “milimetricamente”, em cima da linha horizontal do lençol.

f. **Colecionismo:** tendência a guardar e colecionar coisas inúteis. Exemplo: não se desfazer de garrafas de refrigerantes.

g. **Atos rígidos ou estereotipados:** compulsão de agir de maneira estereotipada ou realizar atos rígidos, de acordo com regra estabelecida pela própria pessoa, sem ter explicação para este ato. O exemplo abaixo ilustra esta condição:

“Se eu achasse que algo na tevê era para o mal, eu permanecia diante dela até surgir algo que eu achasse que fechasse o ciclo para o bem. Ficava 12 horas estática. Quando este ciclo se fechava, abria-se outro” – relato de L. V., 32 anos, atriz (PRADO, 2004).

Cognitiva. Muitos dos pensamentos que ocorrem na conscin com TOC são percebidos na população geral. Na opinião de alguns autores, a interpretação errônea e o significado catastrófico que os portadores deste transtorno atribuem a esses pensamentos são responsáveis pelo aumento de sua intensidade e frequência, pois são transformados em obsessões. As emoções negativas associadas (medo, sofrimento, ansiedade) levam à realização de rituais ou ao comportamento de evitações, com o objetivo de atenuá-las (CORDIOLI, 2007, p. 92).

II. Etiologia

Parapatologia. Em se tratando de Parapatologia, além da Mesologia e dos aspectos somáticos promovidos pela genética, há relevância da avaliação de influências relacionadas com vidas anteriores da conscin. O contexto evolutivo do aparecimento da doença e heranças do psicossoma e mentalsoma da conscin devem ser avaliados para compreensão mais ampla dessas interferências no aparecimento do TOC. Esse transtorno, na visão das autoras, estaria relacionado à confluência de variáveis em determinado momento evolutivo, e não apenas na presença de um fator.

Fatores. Dentre as variáveis possíveis a serem relacionadas com a etiologia da parapatologia TOC, podem ser citadas estas 6 descritas abaixo, na ordem crescente de complexidade, avaliadas nas pesquisas das autoras:

1. Evento Estressor – fator desencadeante

Em geral, os sintomas das pessoas que desenvolvem TOC se iniciam no final da adolescência e início da idade adulta (por volta dos 20 a 25 anos), frequentemente durante ou logo após um período de estresse intenso, que pode ser representado por uma variedade de acontecimentos na vida em família, no relacionamento, ou no trabalho. O TOC pode surgir na mulher após a gravidez (SILVA, 2004, p. 70).

É possível que esse evento estressor ou trauma seja um gatilho para desencadear lembranças de lavagens paracerebrais, a ser discutido na seção *Hipóteses Parafisiopatológicas*.

2. Genética – influência da hereditariedade no TOC

Os dados disponíveis apontam para a hipótese de que o TOC tem significativo fator genético. Estudos mostram uma taxa de concordância desse transtorno maior entre gêmeos monozigóticos do que dizigóticos (APA, 2003, p. 446). Segundo Kapczinski, Quevedo & Izquierdo (2004, p. 239), a maioria dos estudos encontrados na literatura são relatos de caso, e em uma série com 30 pares de gêmeos, verificou-se uma concordância de 87% para os 15 pares de gêmeos monozigóticos e de 47% para os 15 pares de gêmeos dizigóticos.

Constata-se uma maior incidência de TOC nos familiares biológicos em primeiro grau de portadores da doença do que na população em geral (APA, 2003, p. 446). Pode-se considerar, em alguns casos, a possibilidade de a árvore genealógica ter base em afinizações conscienciais mais patológicas do que sadias, ocorrendo convergência de determinadas características que levam ao TOC.

3. **Mesologia** – influência grupocármica e do holopensene

Apesar da influência da genética, os estudos não conseguem distinguir a repercussão dos efeitos culturais e comportamentais na transmissão do transtorno (KAPLAN, 1997, p. 569).

“É possível que a observação dos pais ou de outras pessoas realizando rituais ou apresentando medos excessivos favoreça a aprendizagem desses sintomas” (CORDIOLI, 2007, p. 47). A meio pode influenciar no aparecimento do TOC na conscin predisposta pela paragenética a partir de reforços em mecanismos de funcionamento parapatológicos e traços conscienciais que possam somar-se e convergirem para o surgimento do TOC.

Familiar com TOC, residente na mesma casa de conscin com paragenética predisponente a este transtorno, cria, através dos rituais com base nas obsessões, patopensividade e rigidez pensênica, ambiente com holopensene que pode influenciar a conscin predisposta, ainda sem TOC. O holopensene atrai consciexes afinizadas com o mesmo padrão. A pressão holopensênica, por hipótese, é outra variável a ser avaliada na etiologia do TOC. “Muitas imagens evocadas mentalmente e sustentadas pela consciência intrafísica, através das suas paixões, tornam-se morfopenses consistentes que atuam sobre o mundo pensamental de conscins e consciexes, criando, inclusive, pensamentos-grupos cumulativos ...” (VIEIRA, 2002, p. 606).

4. **Paragenética** – traços conscienciais e mecanismos de funcionamento

Considerando que a paragenética abarca as heranças holossomáticas, toda consciência renasce na dimensão intrafísica com uma série de registros, estigmas, traços, trafores e cognição em função da paragenética, podendo predominar tanto traços sadios quanto patológicos.

A partir de determinado nível evolutivo a paragenética, sempre soberana, sobrepõe-se à genética da conscin, corrigindo deficiências e evitando determinadas patologias adquiridas no genoma através da hereditariedade (VIEIRA, 2007, p. 231 e 1070). O paracérebro, organizador dos hemisférios cerebrais, atua na higidez das redes sinápticas do cérebro da conscin usuária de paragenes. Quanto mais saudável a paragenética da conscin, maior sua tendência em utilizar de maneira evolutiva as idéias inatas, os genopenses.

No caso do TOC, o acervo parapatológico sobressai ou predomina, podendo caracterizar-se em estigma paragenético egocármico. Neste caso, se a conscin também ressona em genética predisponente ao TOC, pode ocorrer um agravamento da parapatologia em seu psicossoma, caso não seja tratada. Na seção *Parasemiologia*, serão discutidas características da paragenética da conscin portadora do transtorno.

5. **Parafisiologia** – relação interveicular

Para o funcionamento adequado dos veículos de manifestação da consciência, a parafisiologia destes deve estar hígida e preservada em suas características peculiares.

As inter-relações veiculares fazem com que um veículo em mau funcionamento reflita em outro veículo. O psicossoma, através da ação do paracérebro no cérebro, organizará as sinapses, conforme já dito anteriormente, e as informações que a consciência ressomada traz podem ser encaminhadas ao novo cérebro.

As neuróglia¹ ultrapassadas de retrocérebros desativados podem atuar nas parassinapses (VIEIRA, 2007, p. 248), ocorrendo influência das neuróglia e sinapses do soma antigo no psicossoma da consciência pós-dessomada, modificando paraneuróglia e parassinapses. Através da mentalsomática, melhoram-se as neuróglia, ocorrendo repercussão no psicossoma. Há melhora na paragenética quando há *upgrade* das paraneuróglia, ocorrendo uma recin significativa².

Na vida humana, toda doença é energética³. A conscin com TOC sente os reflexos na relação interveicular da sua parafisiologia não hígida. Se há parapatologia no psicossoma da conscin, pode-se dizer que há má funcionalidade do mentalsoma, pois não há evolução para vivência na dimensão mentalsomática sem a passagem por um psicossoma sadio. Se tem alteração na forma de pensar, tem alteração mentalsomática; há níveis de alterações⁴. O mentalsoma doente repercute no cérebro (neuróglia) da consciência ressomada. As disfunções das neuróglia geram desequilíbrio mental (VIEIRA, 2007, p. 996). As ações gerenciadas pelo cérebro não hígido refletem na energia gravitante da conscin com TOC. Num mecanismo de duas vias, essa energia também ocasionará repercussão nesse cérebro, levando a bloqueios corticais.

6. **Paracérebro** – representatividade da holobiografia (lavagens paracerebrais)

As vivências de lavagem paracerebral (produto das repressões, sacralizações, mimeses e condicionamentos) ocorridas em várias vidas anteriores podem ser evocadas por energias intrusivas e dominadoras de outras consciências, ou mesmo “as próprias convicções superfanáticas de vidas humanas pretéritas ...” (VIEIRA, 2003, p. 462) também representam lavagens paracerebrais auto-impostas, em ambos os casos vincando na paragenética da conscin.

Na lavagem paracerebral há repetição de caminhos parassinápticos cronificados. As energias intrusivas são capazes de atuar sobre o paracérebro da consciência, alterando a paragenética pessoal, freando a autopensividade e a livre-expressão consciencial (VIEIRA, 2003, p. 462).

A conscin com TOC pode manter-se presa aos seus sintomas devido às lavagens paracerebrais sofridas, que culminaram em padrões pensênicos predisponentes a esse transtorno, uma hipótese a ser discutida adiante.

III. *Parassemiologia*

III.1. **Traços Conscienciais**

Traços. Na avaliação dos portadores de TOC, observam-se alguns sinais e sintomas encontrados em comum nessas conscins. No estudo realizado sobre traços dessas conscins, verificaram-se como resultados pelo menos 15 características, descritas abaixo na ordem alfabética:

01. **Acrasia.** A falta de enfrentamento aos rituais.
02. **Ausência de higiene pensênica.** O bloqueio de chacras superiores.
03. **Autodescontrole.** A falta de controle dos próprios pensenes.
04. **Baixa autopercepção.** A ausência de autocrítica permeando o TOC.
05. **Beligerância.** Presença de pensamentos e fantasias agressivas.
06. **Egocentrismo.** A priorização do alívio imediato em detrimento da assistência a terceiros (proéxis).
07. **Falta de priorização evolutiva.** Tempo consumido por rituais e manias improdutivas, impedindo a priorização da evolução consciencial.

08. **Formalização.** A necessidade de protocolos e listas inúteis.
09. **Ingenuidade.** Acreditar que a realização de um ritual possa evitar agressões a terceiros.
10. **Intrafísicação.** Falta de lucidez ao sucumbir aos medos, pois a consciência não morre.
11. **Misticismo.** Realização de rituais semelhantes a preces na evitação de acontecimentos trágicos.
12. **Necessidade de controle.** O paradoxo *baixo autocontrole – elevado controle externo*.
13. **Perfeccionismo.** Padrão muito elevado de exigências e intolerância a falhas.
14. **Repressão.** A repressão pensênica através de atos autopunitivos.
15. **Rigidez pensênica.** Representada pelas ruminções, batopensene e monoideísmo.

III.2. Mecanismos de Funcionamento

Pensene. Pela *Pensenologia*, o pensene é indissociável. Dessa maneira, é difícil considerar que uma compulsão (ação) não tenha uma obsessão subjacente, mesmo que não esteja relacionada, num primeiro momento, ao pensamento, o gatilho daquela ação.

Relação. A representação do pensene no Transtorno Obsessivo-Compulsivo está apresentada no esquema 1, abaixo:

Esquema 1. Pensene no TOC



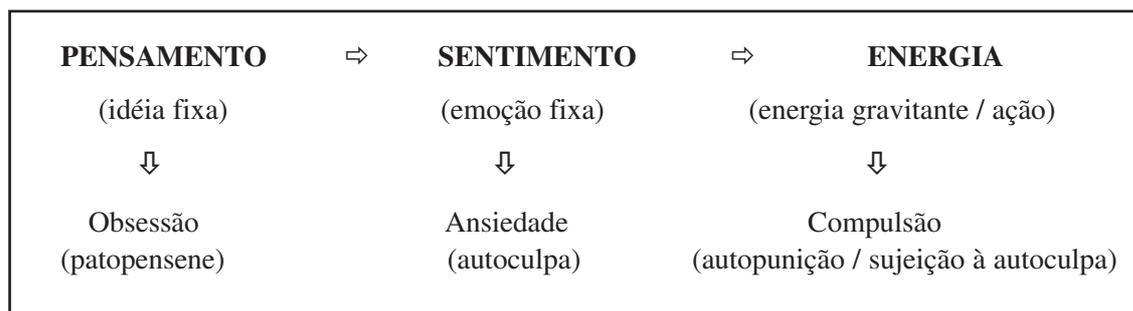
Autopunição. A obsessão representada pelo pensamento gera a ansiedade, que será atenuada por atitudes compulsivas e, na maioria das vezes, está relacionada à autculpa. As compulsões, apesar de levarem ao alívio temporário da ansiedade, acabam tornando-se obrigatórias para a conscin e inseridas em seus hábitos e rotinas.

O TOC EXPRESSA PRISÃO MULTIDIMENSIONAL AOS AUTO-ASSÉDIOS. A CONSCIN PASSA A SER PRISIONEIRA DE AÇÕES IRRACIONAIS, AUTOPUNITIVAS, PARA ESTAR LIVRE, EM DETERMINADOS MOMENTOS, DA AUTOCULPA ANSIOGÊNICA.

Autoculpa. Se há na maioria das compulsões um caráter punitivo, provavelmente a autculpa, nesses casos, está relacionada ao gatilho do ritual, mesmo que esse mecanismo não esteja consciente para a conscin.

Limpeza. O esquema 2 mostra a função de “limpeza” dos patopenses através da compulsão e a relação dos sinais e sintomas do TOC com o pensene. A ação compulsiva funciona como atenuação / limpeza da “sujeira” (patopensenedade).

Esquema 2. Relação Pensene, TOC e sujeição à autculpa



Patopenses. Nas conscins com TOC, é comum a presença de determinados tipos de patopenses relacionados à beligerância e à perversão sexual (CORDIOLI, 2007, p. 137). Há também um forte padrão de religiosidade e conflituosidade (pecador *vs.* salvação).

Beligerância. A grande maioria das conscins vive sob o predomínio do subcérebro abdominal em detrimento do cérebro humano. Há muitas ações humanas semelhantes ao animal subumano, valendo-se do instinto básico. Dentre estas, ressalta-se a presença da agressividade.

Assédio. A patopensenidade de caráter sexual pode ser considerada uma das mais encontradas na sociedade, detectadas pela presença de parafilias, elevado número de infidelidade entre parceiros, aquisição de poder através do sexo, submissões à *pomba-gira* e modismos de roupas e corpos com apelo sexochacral. O assédio através da sexualidade é uma das principais maneiras de heteroassédio.

Passadologia. Avaliando-se a presença da religião no passado da sociedade humana, percebe-se sua forte influência na maneira de agir e pensar das conscins há séculos, inclusive através da submissão destas aos que se julgavam detentores do saber divino, muitas vezes os autodesignados possuidores da “infallibilidade papal” (Século XIX). Muitas das submissões eram realizadas através do medo da conscin de ser “julgada” pecadora e “condenada” pelas leis divinas e encaminhada ao “inferno”.

Conflitos. Nos resultados das avaliações das autoras, pode-se observar a presença de alguns conflitos de base religiosa na maioria das conscins com TOC. Eis 5, enumerados na ordem alfabética:

1. Bem *vs.* mal.
2. Certo *vs.* errado.
3. Padrões religiosos aceitos *vs.* padrões religiosos não aceitos.
4. Padrões sociais aceitos *vs.* padrões sociais não aceitos.
5. Perfeição *vs.* imperfeição.

III.3. Discussão sobre Mecanismos de Funcionamento

Paradoxo. Esse tipo de transtorno apresenta características paradoxais, pois a conscin com TOC, apesar de ter noção da irracionalidade das obsessões ou compulsões, não as enfrenta; realiza a remissão momentânea da ansiedade.

Auto-assédio. A conscin procura, através das compulsões, alcançar alívio para a ansiedade gerada pelos pensamentos obsessivos, ilógicos e irracionais. Tais compulsões funcionariam então como um mecanismo de autoproteção patológica, livrando-a da ansiedade e da angústia, e em alguns casos, a compulsão pode funcionar como evitação imaginativa de doenças e acidentes, para ela mesma ou para familiares. Por esse

mecanismo (obsessão / compulsão), a conscin mantém-se enredada em um círculo vicioso, auto e hetero-assediada.

Autocomplacente. Se a conscin não se empenha em enfrentar a situação promovendo uma reeducação de pensamento, sentimento e ações, não há reciclagem das energias e autodesassédio, ações realmente eficazes na formação de neo-sinapses e paraneo-sinapses. A conscin é autocomplacente em manter postura de autoproteção patológica paliativa, não se autodesassedia.

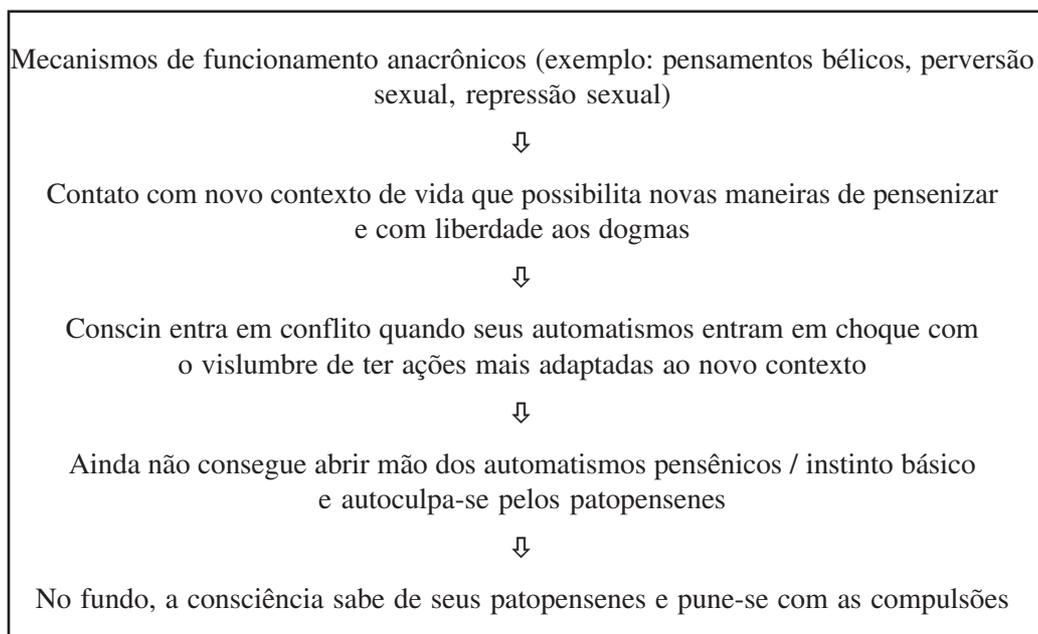
IV. *Hipóteses Parafisiopatológicas*

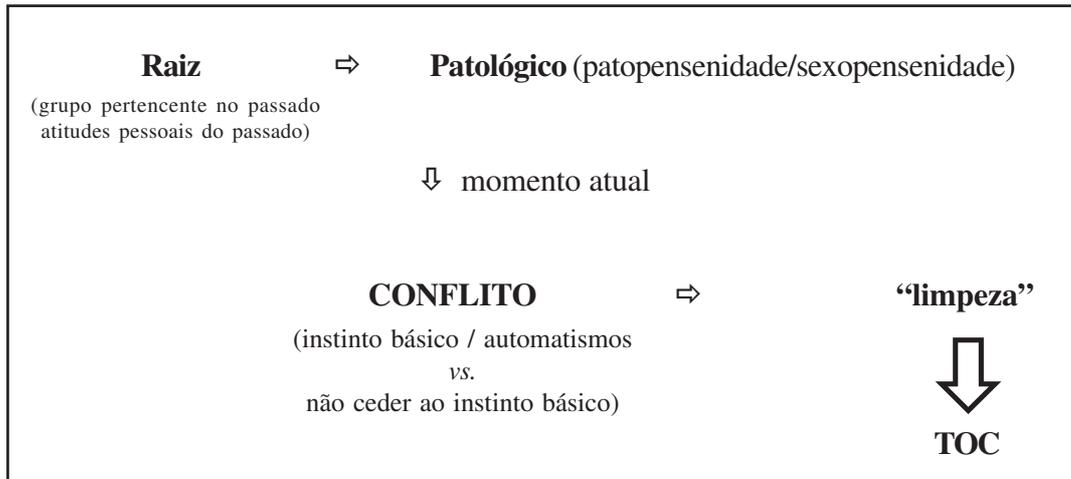
Hipóteses. Embora perceba a possibilidade de funcionar em novo padrão e reconheça as irracionalidades de suas ações, a conscin portadora do TOC apresenta pouco empenho em modificá-las. As autoras levantaram, a partir de suas pesquisas, 3 hipóteses parafisiopatológicas, não excludentes, para tal enredamento com base na autculpa:

1ª. Assediadores. As obsessões seriam resultado de intrusões pensênicas realizadas pelas companhias do passado (assediadores), que mantêm a conscin interprisoneira. Um trauma ou evento poderia ser o gatilho promovedor da memorização da lavagem paracerebral que origina a submissão da conscin aos assediadores.

2ª. Automimeses. Mesmo que a conscin interprisoneira vislumbre novas maneiras de pensenizar, as intrusões de assediadores desencadeariam nesta conscin pensamentos e atitudes automiméticas ligadas à beligerância ou de caráter sexual, por exemplo, fixadores no antigo padrão. Às vezes, a própria conscin pode ser o agente retrocognitivo de autopenenes com estes padrões patológicos. Do conflito entre o antigo e o novo, surgem ações para atenuar / limpar os pensamentos. Os esquemas 3 e 4 auxiliam na explicitação das etapas desta hipótese: **RAIZ (passado) ⇒ CONFLITO (presente) ⇒ COMPULSÃO (limpeza).**

Esquema 3. Relação do passado com conflitos atuais

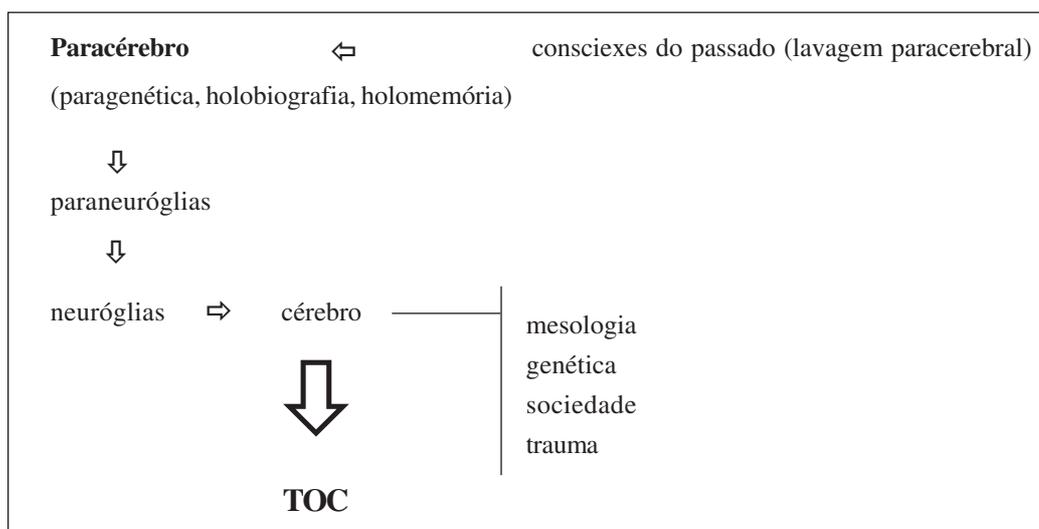


Esquema 4. Relação do conflito com TOC

3ª. Medo. O medo é a emoção que estaria mais relacionada à manutenção do padrão de interprisação grupocármica. A maioria das compulsões são encabeçadas por ações devido ao medo de que algo ruim ou catastrófico possa acontecer. Fica fácil para o assediador desestabilizar essas consciências. Exemplo: medo de que algo possa acontecer aos familiares, medo de contaminação, medo de desmoronar, medo de ter algum acidente, medo do desagrado a Deus. A consciência com TOC mantém a interprisação com antigas companhias, hoje seus assediadores, através do medo.

Interprisioneira. Nas hipóteses levantadas acima o caráter autopunitivo das compulsões e a autoculpa fazem-se presentes e mantêm a consciência presa aos rituais e às antigas companhias, pois de alguma forma a consciência não conseguiu ainda se libertar do antigo padrão de pensamentos e energia.

Esquema. O esquema 5 abaixo exemplifica o mecanismo de parafisiopatologia sugerido pelas autoras com ampliação da visão das hipóteses sugeridas acima através da associação com os fatores predisponentes:

Esquema 5. Hipótese parafisiopatológica e fatores predisponentes

Convergência. A convergência dos fatores predisponentes, em determinado momento evolutivo da conscin, leva ao aparecimento do TOC. É possível que a partir de evento ou trauma específico, mesmo inconsciente, ocorra o reconhecimento da conscin pelas consciexes assediadoras, ou que este acontecimento seja um fator retrocognitivo para as lavagens paracerebrais e a submissão da conscin ao assédio.

PARATERAPÊUTICA

Consciencioterapia. A Consciencioterapia é a especialidade da Conscienciologia que auxilia o evoluciente (conscin ativa em seu processo de evolução e autocura), através do fornecimento de ferramentas, a realizar o processo de autoconsciencioterapia.

Autoproteção. Conforme citado, a conscin com TOC presa aos rituais atenua, apenas momentaneamente, a ansiedade. O real auto-enfrentamento da parapatologia ocasionará a autocura através da reeducação de pensenes e higiene consciencial.

Auto-imperdoador. A conscin com TOC mantém-se presa ao passado com a perpetuação das obsessões e compulsões. A quebra desse círculo vicioso poderá ser alcançada através da substituição da ilogicidade pelo raciocínio lógico, através do uso de atributos mentaissomáticos, evitando-se o auto-acumpliamento com o não saudável e tendo postura de auto-imperdoador na erradicação de mecanismos antievolutivos.

Técnicas. Existem técnicas que podem ser utilizadas pelo portador de TOC no auxílio da paraterapêutica. A seguir, são apresentadas 7 técnicas, autoconsciencioterápicas ou energéticas, na ordem alfabética, de acordo com os resultados de pesquisa das autoras:

1. **Técnica da ação pelas pequenas coisas:** esta técnica consiste em identificar pequenas ações que possam ser implementadas de imediato com o objetivo, por exemplo, de eliminar rituais de modo gradativo, iniciando pelos mais fáceis de serem controlados. Geralmente, os rituais mais fáceis são aqueles precedidos de menor ansiedade e medo. À medida que vai obtendo sucesso, aumenta a automotivação para continuar até que consiga implantar rotinas úteis e hábitos sadios no seu dia-a-dia, substituindo as compulsões inúteis por atitudes pró-evolutivas. De tempos em tempos, a conscin deve reavaliar seus valores e procurar focar suas ações em metas para realização da proéxis.

2. **Técnica da checagem pensênica:** o objetivo desta técnica é identificar e eliminar pensamentos automáticos disfuncionais. Através da autovigilância pensênica a conscin checa os próprios pensenes, observa a hora e o local em que ocorrem. Sempre que pensenes inadequados surgirem, devem ser prontamente desvalorizados. A conscin passa a identificar a presença de xenopensenes. O pensene tende a desaparecer naturalmente quando não tem atenção. Com o tempo a conscin observa que quem manda em seus pensamentos é ela própria, e essa constatação gera autoconfiança. Se a conscin consegue controlar o soma a partir dela mesma, consegue vencer o que vem de fora (heteroassédio)¹.

3. **Técnica da qualificação da intenção:** esta técnica pode ser usada para excluir desculpas pseudoverdadeiras. Consiste na aplicação das seguintes perguntas: Por quê? Para quê? Para quem? Com as respostas obtidas e persistência, refaz as mesmas perguntas, até encontrar sua real intenção. Um exemplo para o TOC seria: Por que estou pensando nisto? Para que estou pensando nisto? Para quem estou pensando? Ao perceber suas reais intenções, a conscin com TOC desmistifica fantasias. A partir da lógica, percebem-se as incoerências da realização de compulsões, ao mesmo tempo que se percebem as obsessões enquanto erro mental.

4. **Técnica do enfrentamento do mal-estar:** considerando que a conscin reage através de seu holossoma a estímulos internos e externos que a sensibilizam, esta técnica consiste em identificar reações

energossomáticas e psicossomáticas. Geralmente o reflexo psicossomático se manifesta através de sintomas de desconforto emocional geradores de mal-estar. Para a aplicação desta técnica a consciin deve identificar e listar todo desconforto e mal-estar sentido. Identificar e anotar a origem deles, o que ocasionou o incômodo, que pode ser, por exemplo, um pensamento, o encontro com uma pessoa. Procura-se estabelecer o mater-pensene de cada desconforto para identificar o tema central gerador do medo e ansiedade e assim delimitar uma área principal a ser trabalhada.

5. Técnica do estado vibracional (EV): instalar o EV melhora a autopercepção, promove desbloqueios energéticos e fortalece a consciin no processo de reciclagem.

6. Técnica do estudo: estabelecer um tema de pesquisa e dedicar-se ao estudo deste. O portador de TOC pode utilizar a área principal a ser trabalhada (ver técnica do enfrentamento do mal-estar) e estudar as nuances dessa área. O estudo ajuda a desenvolver a racionalidade e a criação de neo-sinapses. O conhecimento técnico favorece a flexibilização da análise de um problema e a criação de solução mais ampla.

7. Técnica para desbloqueio de chakras superiores: promover exteriorização de energias pelo coronochakra, frontochakra e nucalchakra, separadamente. Com a experiência, o interessado pode realizar a exteriorização desses chakras conjuntamente. Esta técnica pode ser utilizada em vários momentos, principalmente, ao perceber o início dos pensamentos obsessivos. O arco voltaico também pode ser realizado pela própria pessoa para auxiliar no desbloqueio dos chakras superiores.

Aprofundamento. A consciin, ao utilizar as técnicas, deve estar autovigilante em não inseri-las enquanto obsessões ou compulsões. Aos leitores interessados, as técnicas 1, 2, 3, 4 e 6 estão descritas, detalhadamente, no artigo *Princípios Teáticos da Consciencioterapia* (TAKIMOTO, 2006, p. 11-28). A técnica 5 pode ser verificada em Vieira (2007).

Medicação. As técnicas consciencioterápicas não excluem, necessariamente, o uso da medicação. O uso medicamentoso deve ser avaliado em cada caso com a ajuda de especialista.

CONCLUSÃO

Paradigma. O artigo é resultado de pesquisa sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo através do paradigma consciencial. Utilizaram-se dados bibliográficos e vivências terapêuticas com consciins portadoras de TOC.

Parapatologia. Procurou-se elucidar a influência da relação interveicular, do meio e do holopense e da paragenética enquanto fatores predisponentes ao aparecimento do TOC, a fim de ampliar o entendimento dessa parapatologia e melhor embasar as propostas paraterapêuticas, salientando que o melhor processo é o de autocura.

Hipóteses. Foram levantadas hipóteses parafisiopatológicas, com base na autoculpa, nas quais o contexto de interprisão grupocármica está presente através de lavagens paracerebrais e submissão da consciin com TOC aos seus assediadores.

Reeducação. Através de auto-enfrentamentos e reeducação da autopenalidade, a consciin auto-imperdoadora otimiza a recuperação de sua saúde consciencial, rompendo relações de interprisão. Decide pela saída do ciclo vicioso para o fluxo evolutivo.

Pesquisa. Este artigo não tem a pretensão de mostrar os resultados descritos como finalização de pesquisa e verdades absolutas. As autoras têm a proposta de continuidade às pesquisas, aprofundando os aspectos e paraterapêutica da parapatologia TOC.

NOTAS

¹ Neuróglia. Existe um número crescente de evidências de que as neuróglia são mais dinâmicas do que se suspeitava. Podem influenciar a atividade neuronal, facilitar a conectividade neuronal e desempenhar papel crítico na regulação da excitabilidade neuronal, além de guiar a migração dos neurônios durante o desenvolvimento (YUDOFSKY; & HALES, 2006, p. 20). As autoras deste artigo utilizam o termo paraneuróglia como correspondentes, no psicossoma às neuróglia do soma.

² Informação obtida de Waldo Vieira na tertúlia conscienciológica realizada no CEAEC na data de 07/11/06; verbete: *Excitação Neuronal*.

³ Idem, na data de 06/07/08; verbete: *Energosfera Pessoal*.

⁴ Idem, na data de 08/07/08; verbete: *Higiene Consciencial*.

⁵ Idem, na data de 14/09/07; verbete: *Hipocondria*.

REFERÊNCIAS

01. **American Psychiatric Association (APA); *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais***; 880 p.; 23 caps.; enus.; 2 índices; 25,5 x 18 x 4,5 cm; enc.; 4ª Ed. Revisada; *Artmed*; Porto Alegre, RS; 2003; páginas 443, 444 e 446.
02. **Cordioli, Aristides Volpato; *TOC: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo***; 240 p.; 18 caps.; 134 enu.; 7 ilus.; 130 refs.; alf.; 25 x 17,5 cm; br.; *Artmed*; Porto Alegre, RS; 2007; páginas 44-51, 90-94 e 137.
03. **Kapczinski, Flávio; Quevedo, João; Isquierdo, Ivan; *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos***; 503 p.; 39 caps.; 53 enus.; 86 ilus.; alf.; 741 refs.; alf.; 2ª Ed.; 25 x 17,5 x 3 cm; br.; *Artmed*; Porto Alegre, RS; 2004; páginas 233 a 241.
04. **Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J.; & Grebb, Jack A.; *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica***; 1.170 p.; 52 caps.; ilus.; 2 índices; refs.; abrevs.; 7ª. Ed.; 27 x 21 x 7 cm; enc.; *Artes Médicas*; Porto Alegre, RS; 1997; páginas 569, 570 e 571.
05. **Prado, Antonio Carlos; *Poço de Dor e Vida; IstoÉ Online***; 04/02/2004; disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1791/artes1791_poco_de_dor_e_vida.htm>; acesso em: 05.10.2006.
06. **Silva, Ana Beatriz B.; *Mentes & Manias: Entendendo Melhor o Mundo das Pessoas Sistemáticas, Obsessivas e Compulsivas***; 178 p.; 14 caps.; 53 refs.; 23 x 16 cm; br.; *Gente*; São Paulo, SP; 2004; página 20.
07. **Takimoto, Nario; *Princípios Teáticos da Consciencioterapia; Proceedings of the 4th Consciencial Health Meeting*** (Anais da IV Jornada de Saúde da Consciência); *Journal of Conscienciology*; Vol. 9; N. 33S; artigo; 18 p.; 29 enus.; 3 tabs.; 29 refs.; *International Academy of Consciousness (IAC)*; London, UK; Setembro, 2006; páginas 11 a 28.
08. **Vieira, Waldo; *Enciclopédia da Consciencologia***; revisores: Equipe de Revisores do Holociclo – CEAEC; 2 Vols.; 2.494 p.; 80 abrevs.; 1 biografia; 720 contrapontos; cronologias; 35 *E-mails*; 16 endereços; 2.892 enus.; estatísticas; 6 filmografias; 1 foto; 720 frases enfáticas; 5 índices; 1.722 neologismos; 1.750 perguntas; 720 remissologias; 16 siglas; 15 tabs.; 135 técnicas; 16 *websites*; 603 refs.; 1 apênd.; alf.; estrang.; geo.; ono.; tab.; 28 x 21 x 12 cm; enc.; 3ª Ed. Protótipo – rev. e aum.; *Associação Internacional Editares*; Foz do Iguaçu, PR; 2007; páginas 231, 248, 996 e 1.070.
09. **Idem; *Homo sapiens reurbanisatus***; 1.578 p.; 23 caps.; glos. 241 termos; 25 tabs.; 139 abrev.; 413 estrangeirismos; 7.653 refs.; geo.; ono.; alf.; 28 x 21,5 x 7 cm; br.; *Associação Internacional do Centro de Altos Estudos da Consciencologia (CEAEC)*; Foz do Iguaçu, PR; 2003; página 462.
10. **Idem; *Projeciologia: Panorama das Experiências da Consciência Fora do Corpo Humano***; 1.248 p.; 525 caps.; 150 abrevs.; 43 ilus.; 5 índices; 1 sinopse; glos. 300 termos; 2.041 refs.; alf.; geo.; ono.; 5ª Ed.; 27 x 21 x 7 cm; enc.; *Instituto Internacional de Projeciologia e Consciencologia (IIPC)*; Rio de Janeiro, RJ; 2002; página 606.
11. **Yudofsky, S. C.; Hales, R. E.; *Neuropsiquiatria e Neurociências na prática Clínica***; trad. Claudia Dornelles et al.; 1.120 p.; 39 caps.; ilus.; tabs.; 2 fotos; 2 índices; refs.; abrevs.; 4ª Ed.; 28 x 21 x 5 cm; br.; *Artmed*; Porto Alegre, RS; 2006; página 20.