

# PUC

O TRATAMENTO DA NEUROSE OBSESSIVA - COMPULSIVA :  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TRATAMENTO  
MÉDICO E PSICOLÓGICO

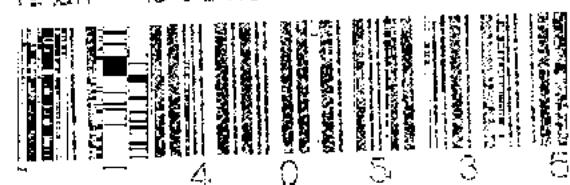
MESTRADO DE PSICOLOGIA CLÍNICA PUC/RJ

ALUNA : REGINA LÚCIA LEMOS LEITE

ORIENTADOR : Dr. HARALD LETTNER

TIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453  
RIO DE JANEIRO – BRASIL

Nº 72 - 81 - 1111033 / TESSE UO  
TPIU | X | Tratamento da neurose obsessiva-compulsiva



1982

BRASIL

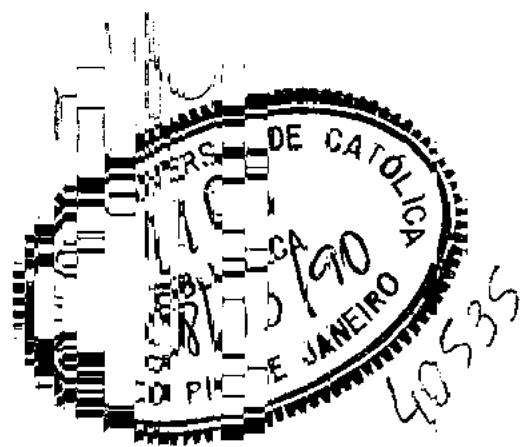
O TRATAMENTO DA NEUROSE OBSESSIVA - COMPULSIVA:  
UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TRATAMENTO  
MEDICO E PSICOLOGICO

MESTRADO DE PSICOLOGIA CLINICA PUC/RJ

ALUNA : REGINA LUCIA LEMOS LEITE

ORIENTADOR : Dr. HARALD LETTNER, op

VIEIRA'S - 7



150  
1533  
TESE 10

PARA MEUS PAIS QUE ABRIRAM PARA MIM CONSCIENTEMENTE  
AS PORTAS DO MUNDO DO "INCONSCIENTE".

AGRADECIMENTOS:

Ao meu orientador e amigo HARALD LETTNER, por ter tido a paciencia necessaria para a execucao desta tese.

Ao Dr. GERALDO LANNA pela valiosa ajuda da elaboracao deste trabalho.

Ao Dr. CARLOS AUGUSTO FERREIRA por sua participacao practica na pesquisa.

Ao Dr. CARLOS BACELAR por permitir a realizacao desta pesquisa em suas clinicas.

Ao meu marido e maior amigo JOSE CARLOS SARDINHA pela forca , paciencia e dedicação mesmo nas horas mais dificeis.

Ao CNPQ pelo financiamento deste curso de mestrado.

## RESUMO

A idéia desta pesquisa surgiu com a dificuldade encontrada de tratarmos os pacientes neuróticos obsessivos-compulsivos que nos procuram em nosso consultório. Com o surgimento da técnica de prevenção de respostas de MEYER os resultados passaram a ter alguma melhora, mas então esbarramos com a dificuldade do terapeuta de aplicá-la tal qual descrita por ele, devido ao seu alto custo e a demanda de tempo exigida.

Portanto a idéia de apresentar um estudo comparativo entre as 2 formas de tratamento seria para melhor orientar o terapeuta clínico em sua escolha.

Os resultados obtidos nesta pesquisa (melhor para o grupo psicológico) não é suficiente para definirmos uma posição clara quanto a melhor escolha, mas nos leva a prestar atenção que a atuação conjunta entre medicação e o tratamento psicológico possa ser uma boa escolha para o tratamento da neurose obsessiva-compulsiva em sistema ambulatorial de atendimento.

## ABSTRACT

The research idea comes out with the difficulties found to treat obsessive-compulsive patients in an out-patient program.

The response prevention technic, had better results, but still had problems to make it exatly the way Meyer had described, because of the costs and the time it need to be realized.

The idea to present a comparative research between the two kinds of treatment was to help the terapist in his choise.

The results presented in this research is that the psychological group did better. However it isn't suficient to define one clear position wich will be the best choise.

The group with both treatments ( psychological and medical ) had also a good results, and with a bigger numbers of subjects it would be the best choise for the treatment in obsessive-compulsive disorders in an out-patient program.

## SUMARIO

CAPITULO I - INTRODUÇÃO	1
CAPITULO II - DEFINIÇÕES	9
CAPITULO III - EMBASAMENTO TEÓRICO:	15
3.1 Compulsão - 3.1-1 Desenvolvimento	20
- 3.2-2 Manutenção	23
3.2 Premência	27
3.3 Obsessão - 3.3-1 Desenvolvimento	35
- 3.3-2 Manutenção	38
CAPITULO IV - FORMAS DE TRATAMENTO:	45
4.1 Tratamento médico - 4.1-1 Quimioterapia	47
- 4.1-2 Técnicas cirúrgicas	62
4.2 Tratamento psicológico	63
- 4.2-1 Dessesensibilização	
- sistemática	65
- 4.2-2 Inundação	67
- 4.2-3 Modelação	68
- 4.2-4 Terapia aversiva	69
- 4.2-5 Prevenção de	

respostas. —————— 71

CAPITULO V - METODOLOGIA —————— 78

5.1 Metodologia empregada.	79
5.2 Procedimento.	81
5.3 Variáveis.	82
5.4 Suposições.	83
5.5 Amostragem.	85

CAPITULO VI - RESULTADOS —————— 87

CAPITULO VII - DISCUSSÃO. —————— 95

CAPITULO VIII - BIBLIOGRAFIA. —————— 99

## ANEXOS

- Gráficos
- Folha de registro
- Ficha de identificação

## CAPITULO I

INTRODUÇÃO

### INTRODUÇÃO

---

## INTRODUÇÃO

A neurose obsessiva-compulsiva, é uma desordem psiquiátrica bastante incomum, com uma incidência que oscila de 0,1 % a 4,5 % da população psiquiátrica (Black, 1974).

A despeito da baixa frequência da desordem, o desenvolvimento de estratégias efetivas no tratamento, é de particular importância, devido aos severos distúrbios emocionais, interpessoais e sociais causados por ela. Antes do inicio dos anos 70, a desordem era geralmente considerada como resistente ao tratamento ( Turner et al, 1979 ), com prognóstico de melhora visto como pobre ( Templer 1972, p.97) , independentemente das convicções teóricas do terapeuta ( Rachman e Hodgson, 1980 p.97).

O pessimismo existente na literatura psiquiátrica da obsessão-compulsão fica bastante evidente nas discussões dos resultados obtidos , como os concluídos por GOODWIN, GUZE, and ROBINS ( 1969 ) após reverem 13 estudos : " Neurose obsessiva é

uma doença crônica, para qual até hoje, não há tratamento específico e definido. O caminho de recuperação é sombrio e muitos pacientes nunca ficam bons".

Históricamente, pode-se descrever que o conceito de obsessão se desenvolveu em três estágios : religioso, médico e psicológico.

Antes do aparecimento das teorias médicas obsessão era considerada como distorção de experiências religiosas ("Isto é uma melancolia religiosa"), e frequentemente dizia respeito ao trabalho do DEMONIO. Por exemplo JONH BUNYAN, (citado por BAXTER, 1696) explicou suas blasfêmias obsessivas como uma acusação instigada pelo demônio. Ou nas palavras de BAXTER (1696) (citadas por HUNTER e Mac ALPINE 1963), "Aqueles que nunca foram culpados de fornicação, estão frequentemente em grande e lamentável problema, permitindo que SATÁ entre em suas fantasias" (pg. 240).

A mais antiga visão médica, enfatizou a agitação nervosa

e a desordem mental. A primeira teoria psicopatológica mais inclusiva, psicanálise, postulou obsessão como reação de defesa à ansiedades sexuais.

No curso destas mudanças, de religioso para médico, e de médico para psicológico, a ênfase e o interesse modificaram-se de obsessão para compulsão. (Rachman e Hogdson, 1980 ).

As explicações religiosas foram mais aceitas e compreendidas de acordo com os pensamento da época do que as explicações psicanalíticas. E foi através da obsessão religiosa que surgiram os primeiros interesses e atenção dos filósofos. (HUNTER and MacALPINE, 1963).

As indecisões e ruminações obsessivas foram identificadas em 1638 por RICHARD YOUNGE, (citado por HUNTER and MacALPINE, 1963) onde descreveu ,como estas pessoas indecisas faziam suas escolhas, "Como uma balança vazia sem peso de julgamento para incliná-lo a qualquer escala... ele não fará nada facilmente... quando ele começar a pensar não chegará ao

fim... (pg 116).

Por um período considerável, obsessão foi considerado como manifestação da depressão ou como era chamada de melancolia. Era uma subclasse do fenômeno depressivo. Em 1895 HENRY MAUDSLEY, editou um livro bastante influente "THE PATHOLOGY OF THE MIND", onde descrevia claramente obsessão ,de forma simples,no capítulo dedicada a melancolia , uma excelente e clara idéia de obsessão, mas apenas uma simples menção a compulsão.

O material histórico revisto por SKOOG (1959) combina, descrições clínicas e análises filosóficas. Os maiores temas eram sobre bases diagnósticas, a relação entre obsessão e personalidade e as desordens psiquiátricas, (principalmente esquizofrenia e depressão ), além da hereditariedade e fatores orgânicos.

Janet (1903) foi um dos primeiros escritores a enfatizar a importância dos fatores de personalidade, considerando que todos os pacientes obsessivos tinham claramente

uma personalidade anormal (usou o termo psicastenia) definindo como psicastenia, falta de energia, ansiedade, dúvida, indecisão, preocupação excessiva e sentimento de fraqueza.

Muitos destes adjetivos podem ser encontrados na literatura pré-médica, e o conceito coincide com o conceito moderno de distimia ( EYSENCK ,1957 ).

A discussão sobre a relação entre neurose obsessiva-compulsiva e esquizofrenia foi de grande importância, permanecendo por décadas . Diversas autoridades acreditavam na continua relação entre obsessão-compulsão e esquizofrenia, argumentando que a primeira seria o primeiro sinal de esquizofrenia. Outros negavam qualquer relação entre os dois. E ainda outros acreditavam que a obsessão protegia o indivíduo da esquizofrenia. (ver RACHMAN & HODGSON, 1980, 27 )

Sobre a questão da obsessão e a depressão há até hoje ,

grande concordância. Os dois estão relacionados intimamente, ocorrendo frequentemente juntos. No entanto os primeiros escritores exageraram na importância etiológica dos danos orgânicos, considerando a obsessão como uma doença. (RACHMAN & HODGSON, 1980)

Nas primeiras descrições sistemáticas provenientes dos meados do século XIX , até poucos anos atrás, obsessão e compulsão eram vistos como sintomas de uma doença (neurótica) , então melhor tratados dentro de uma estrutura médica.

Nos últimos 20 anos várias estratégias de orientação comportamental, mostraram resultados promissores (LETTNER,H., 1988), estando estes resultados diretamente associados a uma boa avaliação e formulação compreensiva do problema do cliente (MEYER e TURKAT,1979, TURKAT e MEYER,1982, TURKAT,no prelo etc.).

Este trabalho visa portanto o estudo de três tipos de atuação no tratamento da obsessão e compulsão, médico, psicológico, e médico + psicológico. Baseado na tendência atual da terapia comportamental de que a melhor atuação seria o tratamento concomitante, psicológico e medicamentoso, tentaremos pesquisar qual das três propostas deverão ter melhores resultados:

O primeiro grupo se refere ao tratamento puramente psicológico, com a aplicação da técnica de prevenção de respostas, sem qualquer outra intervenção.

O segundo grupo refere-se ao tratamento medicamentoso, sem qualquer atuação psicológica.

E um terceiro ao tratamento concomitante, tanto medicamentoso quanto psicológico.

## CAPITULO II

---

### DEFINICOES

---

## DEFINIÇÕES

Raros são os indivíduos que nunca apresentaram em algum período de sua vida alguma forma de pensamento obsessivo ou exibiram algum comportamento compulsivo (SURGIS, E. T., MEYER, V. 1981 ).

O D.S.M. III (American Psychiatric Association ,1979), definiu obsessões como pensamentos, idéias, imagens ou impulsos persistentes, estranhos ao Eu, isto é, não experimentados como produções voluntárias mas como idéias que invadem a esfera da consciência , acompanhadas de tentativa de ignorar ou reprimi-los. Compulsões são comportamentos que não são experimentados como consequência da vontade individual, mas são acompanhados pelo sentimento de premédia subjetiva e por um desejo de resistir *premeditação* (pelo menos inicialmente). Obsessões e compulsões são reconhecidos pelo indivíduo como estranhos a personalidade. (pg.6:10)

RACHMAN e HODGSON (1980, pg.21), definem obsessão e compulsão, numa abordagem descritiva, onde falam em termos de condições necessárias e suficientes.

Para se decidir se um comportamento é compulsivo, o sentido de premência, é a única condição necessária, mas em si mesma não é suficiente. A combinação de um sentido de premência a origem interna desta, são as condições necessárias e suficiente para definir uma compulsão.

Para se definir uma idéia, impulso ou imagem como obsessivos, é necessário fundamentalmente, que este seja indesejado, repetitivo, incontrolável e que o indivíduo o sinta como irreal e alienígena. ( Ver LETTNER, H., 1988)

De acordo com FOA e TILLMANNS (1980, pg.417), pensamentos, imagens e ações que provocam ansiedade ou desconforto, poderiam ser chamados de obsessões Comportamentos, pensamentos ou imagens que reduzem a ansiedade e o desconforto,

eles chamaram de compulsões.

Há, contudo, a prevalência de pensamentos e comportamentos em obsessões e de comportamentos a pensamentos em compulsões.

A definição por eles proposta foi feita mais como uma análise funcional do que em uma abordagem descritiva. (LETTNER, H., 1988)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Classificação Internacional de doenças, 1975, Vol.1), a neurose obsessiva-compulsiva, é um estado no qual o sintoma saliente é um sentimento de compulsão subjetiva - ao qual o paciente tenta resistir - para efetuar alguma ação, insistir numa idéia, recordar uma experiência ou ruminar sobre uma questão abstrata. A intromissão de pensamentos indesejáveis, a insistência de determinadas palavras ou idéias, as ruminações ou associações de pensamentos são percebidas pelo paciente como inapropriadas ou sem sentido. Os impulsos imperativos ou idéias obsessivas são reconhecidas como elementos estranhos a personalidade, entretanto

procedentes do próprio EU. Os atos compulsivos podem ser procedimentos de rituais destinados a aliviar a ansiedade; por exemplo lavar-se as mãos para evitar contaminação.

Estas definições possibilitam um diagnóstico diferencial entre obsessão, esquizofrenia, o retardo e outras disfunções orgânicas.

O obsessivo compulsivo está normalmente em contato com a realidade, exceto nas áreas de obsessão e compulsão, onde os comportamentos motores e os pensamentos ocorrem sem sentido e sem serem desejados, levando ao alívio destes estados de ansiedade, o que não acontece por exemplo na esquizofrenia, onde as desordens cognitivas, motoras e emocionais são caracterizadas mais pela dissociação da realidade e na crença e conforto com a resposta mal adaptada.

Com base nestas definições foram realizados os diagnósticos diferenciais e as confirmações diagnósticas desta pesquisa.

Somente após esta confirmação, os indivíduos eram encaminhados aos grupos de direito.

Para melhor entendermos os tratamentos para a neurose obsessiva - compulsiva fica evidente a necessidade de uma visão teórica do desenvolvimento e manutenção do problema, como será visto a seguir.

CAPITULO III

---

EMBASAMENTO TEORICO

---

COMPULSAO

PREMENCIA

OBSSESSAO

### 3.1 COMPULSÕES

Os principais tipos de compulsão são os rituais de verificação, limpeza, contagem, e toque. (D.S.M.III, 1980).

Compulsão é definida como um comportamento repetitivo, em parte estereotipado, precedido de um sentimento de premência, usualmente acompanhado de resistências internas, sendo de alguma forma irracional, e frequentemente causadora de stress e embaraço. (D. S. M.III 1979)

As compulsões de verificação, frequentemente visam impedir que um mal aconteça a alguém, e estão usualmente voltadas para o futuro .(LETTNER ,1988). Em sua maioria são construídas como uma forma de comportamento (preventivo) de evitação ativa.

A compulsão de verificação consiste de rituais repetitivos, ações relativamente estereotipadas realizadas com a intensão expressa de:

- a) Assegurar-se da segurança ou bem estar dele ou de outra

pessoa, ou animal.

b) Assegurar-se da segurança de objetos como, casa, bicos de gás etc.

c) Verificar a exatidão ou segurança das situações ou informações. (RACHMAN, S., HODGSON, R. 1980, pg. 115)

Na compulsão de verificação, frequentemente são relatados sentimentos de resistência subjetiva aos seus rituais que algumas vezes estão relacionados com dúvidas e indecisão, levando tempo para completar-se. (LETTNER, H. 1988) A realização de tais comportamentos, normalmente procura evitar críticas ou culpas. (RACHMAN, S. HODGSON, R., 1980)

Segundo RACHMAN e HODGSON ( 1980 ) a similaridade e a diferença entre a compulsão e as fobias foram estudadas existindo algumas perguntas quanto às afinidades entre a compulsão de limpeza e a fobia, por possuirem um elemento importante , o comportamento de EVITAÇÃO PASSIVA , e quando este falha ocorre o comportamento de FUGA .

Nas compulsões de limpeza, os indivíduos são capazes de reconhecer a irracionalidade de seu comportamento, e passivamente evitar muitos lugares, pessoas e objetos que o levam a sentir ansiedade e consequentemente emitir comportamentos repetitivos, estereotipados e excessivos de limpeza. A intenção expressa destes rituais é remover o material sujo e/ou contaminado, para assegurar a saúde e o conforto dele e das pessoas com quem entra em contato. Se pressionarmos o indivíduo a explicar por que tal comportamento precisa ser tão repetitivo, ele provavelmente afirmaria que precisa ter certeza de não haver qualquer vestígio de sujeira ou relatara um tipo de "medo" de contaminação ou de uma doença. ( RACHMAN E HODGSON, 1980 ,pg.110)

Muitos destes pacientes engajados num comportamento de evitação passiva intensa, tomam cuidado em evitar subúrbios, cidades, e até regiões. Muitos se preocupam em não tocar determinados lugares da casa, ou certo tipo de pessoas ou até ler certo tipo de material, que levado ao extremo causa a

imobilidade. ( RACHMAN E HODGSON, 1980, pg.112)

Sob o ponto de vista de similaridade entre a compulsão de limpeza e a fobia, apesar das diferenças, existem algumas semelhanças: (i) podem se iniciar em circunstâncias semelhantes; (ii) as reações psicofisiológicas são similares; e (iii) utilizam comportamentos de FUGA e EVITAÇÃO . ( RACHMAN - E HODGSON 1980, pg.114 )

Podemos no entanto detectar algumas diferenças importantes: como a presença da evitação passiva na compulsão, onde o indivíduo evita passivamente os estímulos aversivos que o levam a apresentar os comportamentos repetitivos. Quando este comportamento de evitação passiva falha, o indivíduo é levado a realizar o comportamento ritualístico (evitação ativa).

Na fobia, também existe o comportamento de evitação, onde o indivíduo evita os lugares e situações temidas, mas no momento em que este comportamento falha, ele se utiliza da FUGA o que difere da compulsão (RACHMAN,S.,HODGSON,R.,1980 ).

### 3.1-1 DESENVOLVIMENTO

Diversos fatores propiciam ou ajudam a desenvolver as desordens obsessivas-compulsivas.

De alguma forma a vulnerabilidade ou a excessiva sensibilidade a crítica (incluindo culpa), são fatores que podem contribuir para desenvolver o comportamento obsessivo-compulsivo.

Isto foi proposto por vários autores, dando-se ênfase a punição social. Exemplos destas afirmações podem ser encontradas nos trabalhos de EYSENCK (1967) e GRAY (1971) onde sugerem que pessoas com alto grau de neuroticismo e introversão tem maiores probabilidades de desenvolverem comportamentos obsessivos - compulsivos.

Famílias com excesso de controle ou superproteção, que apresentam padrões rígidos e que geram temor ou incapacidade de competição ou insegurança, são fatores propiciadores do desenvolvimento do distúrbio. (RACHMAN, S. & HODGSON, R. 1980)

Experiências de aprendizagem por observação promovem comportamentos compulsivos indiretamente, ao gerar e manter tendências gerais de comportamentos tais como timidez, superdependência etc., e fornecem um solo fértil para o desenvolvimento da desordem. (LETTNER,H.1988)

Talvez seja mais claro , se apresentarmos o modelo hipotético de desenvolvimento do distúrbio, proposto por RACHMAN & HODGSON (1980 p.118), para diferentes formas de compulsões.

PREDISPOSIÇÃO CONSTITUCIONAL

(hipersensibilidade)

EXCESSO DE PREOCUPAÇÃO E CONTROLE FAMILIAR

SUPERPROTEÇÃO FAMILIAR

EXCESSO DE CRÍTICA

CRIAÇÃO METICULOSA

CONJUNTOS DE VALORES ALTOS

MODELO OBSESSIVO PARENTAL

MODELO PARENTAL METICULOSO

MEDO, FAVOR

METICULOSIDADE

EVENTO PRECIPITADOR

EVITAÇÃO DE ERROS

COMPULSAO DE LIMPEZA

COMPULSAO DE CHECAR

### 3.1-2 MANUTENÇÃO

A persistência das obsessões e compulsões é extremamente confusa. Não há razão óbvia para as pessoas apresentarem comportamentos repetitivos, embaralhosos e indesejáveis. Não há uma explicação lógica para a persistência de pensamentos inaceitáveis, intrusivos. MOWRER (1950) diz ser este tipo de comportamento "um paradoxo neurótico".

A explicação mais aceita para a manutenção do comportamento compulsivo é uma ou outra versão da hipótese de redução de ansiedade. Esta teoria foi proposta em diversas formas, e suportada largamente por psicólogos que se utilizam da teoria da aprendizagem. (RACHMAN & HODGSON, 1980)

A teoria bifatorial de MOWRER sobre evitação, e posteriormente usada na compreensão da fobia e indiretamente sobre rituais compulsivos, serviu extremamente bem por um período, mas algumas inadequações são agora evidentes. (RACHMAN, S., 1978 )

MOWRER (1960) reviu sua teoria, introduzindo o fenômeno de persistência com base na necessidade (DRIVE positivo a sinais de segurança).

WOLPE (1958) oferece uma pequena diferença, propondo 2 maiores tipos de rituais compulsivos. O primeiro tipo, o que ele chamou de "obsessão de redução de ansiedade", é facilmente acomodado a teoria da redução de ansiedade. O segundo tipo chamado "obsessão de elevação da ansiedade" causou e ainda causam problemas às teorias baseadas no valor do reforço como na teoria da redução de ansiedade.

BEECH(1974) e seus colegas, propuseram outra visão, apesar de não diferir muito da visão dada por WOLPE .BEECH atribui maior importância a " obsessão de elevação de ansiedade", propondo maior valorização a mudança de humor em pacientes obsessivos como fator de manutenção dos rituais.

RACHMAN (1976 ) diz que compulsão pode: a) reduzir ansiedade/desconforto; b) aumentar ansiedade/desconforto; c)

deixar ansiedade/desconforto inalterados. (p.272)

Através de vários estudos e críticas à teoria da redução de ansiedade chegou-se a conclusão que esta pode não ser uma condição NECESSARIA, uma vez que alguns rituais persistem mesmo na ausência aparente do surgimento da ansiedade. Mas teoricamente seria SUFICIENTE para a manutenção dos rituais.

Em resumo parece que muitos rituais compulsivos são seguidos por redução de ansiedade/desconforto. Isto é particularmente verdade no caso de rituais de limpeza, mas tem pouco significado em explicar rituais onde a ansiedade não altera ou surge durante ou após a execução do ritual, como no caso da compulsão de checar.

Muitas explicações para a persistência da compulsão com elevação de ansiedade foram dadas, mas nenhuma parece ser inteiramente satisfatória. (RACHMAN, S., HODGSON, R. 1980)

Outras possíveis explicações poderiam ser:

- 1) A manutenção por estimulação nociva provocadoras de reações

variadas, seguida de evitação bem sucedida - neste caso o ritual não reduz a ansiedade, mas provoca outro sentimento qualquer, que melhora o estado de humor.

2) Os rituais como evitadores ou redutores de estimulações nocivas futuras (doenças ou morte), que se mantêm a despeito de um aumento momentâneo de ansiedade/desconforto. Baseado na afirmação de BANDURA (1977) onde a maioria dos comportamentos humanos é mantido mais por consequência antecipatória que por imediata.

3) A manutenção devido a um esquema de razão variável apresentado pelo ritual no aumento ou diminuição da ansiedade/desconforto.

Podendo-se propor em resumo três teorias como explicação a manutenção da compulsão:

- A hipótese de redução de ansiedade/desconforto.
- A teoria bifatorial de evitação e ansiedade .
- A teoria do humor adverso e indecisão.

### 3.2 PREMÉNCIAS

Premências são definidas como necessidades "incontroláveis" usualmente dirigidas a um alvo. Sua origem é interna mesmo que provocada por estimulação externa, podendo ou não provocar resistência interna (LETTNER,H., 1988) que pode ser vista como uma característica essencial a premência.(LEWIS, 1936)

As premências são portanto atividades cognitivas que ficam entre o pensamento obsessivo e o ato compulsivo. Se a premência é suprimida, é improvável que o ato compulsivo seja executado.

Assim como o ato compulsivo pode surgir sem pensamentos obsessivos , a premência pode surgir na ausência de pensamentos obsessivos claros embora haja normalmente uma ligação entre pensamento e premência.

Baseado em pesquisas experimentais e em observações clínicas RACHMAN & HODGSON (1980 p.220) criaram uma lista na tentativa de explicar a natureza das premências.

- 1) Elas podem ser provocadas por estimulação externa ou surgir espontaneamente.
- 2) Normalmente , ansiedade/desconforto e premência têm cursos paralelos.
- 3) Mudanças dissincrônicas entre premência e ritual podem ocorrer.
- 4) São prontamente provocadas por uma terapia de alta demanda (incluindo prevenção de respostas).
- 5) Nessas condições os atos compulsivos declinam tipicamente mais cedo do que as premências.
- 6) A força da premência está usualmente relacionada com a força/frequência do ato compulsivo pertinente.

- 7) Premências compulsivas estão sujeitas a queda espontânea.
- 8) Esta queda espontânea se inicia após 1 hora do aparecimento da premência.
- 9) O desaparecimento espontâneo da premência leva por volta de 2 horas .
- 10) Durante o curso de uma terapia bem sucedida, a frequência e a força da premência compulsiva declinam usualmente mais devagar que os rituais.
- 11) O declínio geralmente ocorre depois que o comportamento compulsivo foi eliminado.
- 12) Tentativas de extinção repetidas (aqui no sentido de tentativa de queda espontânea) são seguidas de redução permanente

na força e frequência das premeditações compulsivas.

### 3.3 OBSESSÃO

---

A obsessão dentre todas as formas de distúrbios psicológicos, pode ser considerada como um QUEBRA CABEÇA. Isto pode ser atribuído à aparente normalidade que caracteriza certas áreas de funcionamento do paciente obsessivo. Este em situações aparentemente similares pode se comportar em uma ocasião de forma razoável e em outra patologicamente .(BEECH,1974)

Esta qualidade enigmática, talvez tenha sido aumentada pela impressão superficial da simplicidade do mecanismo quando vista por um observador inexperiente. (pg.20) Estas dificuldades talvez tenham ocorrido devido a grande quantidade de descrições sob apenas um enfoque existente na literatura , que vem se desenvolvendo nos últimos cem anos.

O primeiro caso foi descrito por ESQUIROL (1878), mas o

primeiro a utilizar o termo "obsessão" foi MOREL (1866).

WESTPHAL (1878) deu a primeira definição: "Idéias que vêm à consciência apesar de serem contrárias ao desejo do paciente - idéias que ele é incapaz de suprimir, embora reconheça que são anormais e não são características dele próprio." (citado em ROSENBERG, 1968)

LEWIS (1936) já tem o cuidado de não associar qualquer tipo de atividades repetitivas ou cerimoniais com a obsessão.

A definição de SCHNEIDER (1975) é frequentemente utilizada: "Obsessões são conteúdos da consciência, onde, quando ocorrem, são acompanhados pela experiência de compulsão subjetiva, dos quais o indivíduo não pode livrar-se, apesar de os considerar como sem sentido."

RACHMAN, S. HODGSON, S. (1980) descrevem obsessões como : pensamentos, ruminações, imagens e impulsos repetitivos,

intrusivos e inaceitáveis, que são desagradáveis, vergonhosos etc., ou a conjunção deles e que a pessoa acha difícil de se livrar e de controlar. As condições necessárias e suficientes para definir pensamentos, impulsos ou imagens como obsessivas são: intrusão, atribuição interna, indesejabilidade e difícil controle. A confirmação mais importante é a resistência interna e a rejeição da idéia ou o impulso como estranhos e/ou irreais."

Portanto a obsessão pode tomar as três formas, pensamentos, impulsos ou imagens, mas a distinção da propriedade de cada um é de pouco conhecimento. (RACHMAN,S. & HODGSON,R.1980 pg.251)

Muitas obsessões ocorrem antes de um comportamento compulsivo; obsessões puras ocorrem em pequena escala. (BEECH, 1974)

O conteúdo desses pensamentos é usualmente de fazer mal aos outros, causar acidentes ou idéias sexuais ou religiosas desagradáveis. (LETTNER,H.1988)

Análises mostram que os conteúdos mais comuns de obsessões são sujeira e contaminação (59%), seguidos de pensamentos agressivos (25%) e religiosos (10%). Obsessões sexuais são relativamente incomuns (5%) (AKHTAR, 1975). Havendo no entanto algumas pequenas variações nestas percentagens, de acordo com a população estudada. (ver RACHMAN ,S. & HODGSON,R. 1980)

RACHMAN & HODGSON (1978) e BEECH (1974) realizaram estudos onde afirmam que a obsessão compromete 3 principais áreas que foram descritas inicialmente por PETER LANG (1970) , e que foram utilizadas na descrição de fobias. ( RACHMAN, 1978d, RACHMAN & HODGSON 1974 )

São elas, cognitiva, comportamental e psicofisiológica:

- 1) AREA COGNITIVA - talvez a mais importante - já que obsessão é um fenômeno fundamentalmente cognitivo - que pode ser quebrado em dois aspectos: o primeiro é a perda de controle de pensamentos,

ideias e impulsos específicos. Isto é, a perda pessoal do poder de remoção e exclusão. O segundo aspecto é o desconforto e o stress subjetivo que os pensamentos provocam.

2) AREA PSICOFISIOLOGICA - semelhantes aos apresentados na fobia (ver RABAVILLAS et al 1974) - responsivo a provocação repetitiva e melhor representado pelo aumento do batimento cardíaco.

3) AREA COMPORTAMENTAL - mais complexo que na fobia, por que além dos comportamentos de fuga e evitação passiva são associados a comportamentos neutralizantes ( RACHMAN & HODGSON 1980 pg.265-266), isto é, usualmente consiste na evitação passiva e neutralização interna. (LETTNER,H. 1988)

### 3.3-1 DESENVOLVIMENTO

Alguns fatores parecem ser importantes para o desenvolvimento da obsessão:

- 1) Predisposição neurofisiológica para neurose. (EYSENK 1957, 1967)
- 2) Aquisição de padrões rígidos e hábitos de auto crítica de um meio familiar extremamente controlado. (RACHMAN & HODGSON 1980 pg.266)
- 3) A exposição a situações de stress talvez seja o maior contribuidor para o aumento do surgimento da obsessão. Segundo HOROWITZ (1972) e seus colegas, stress determina o conteúdo dos pensamentos de acordo com o tipo de situação a que o indivíduo foi exposto . Esta afirmação pode dar conta das obsessões

reflexivas, mas não é satisfatória para as obsessões antecipatórias ( como impulsos obsessivos ou medos de eventos futuros) . No entanto os estudos não elucidam a provocação de obsessões que não são relacionados com stress (ex. dúvidas ruminativas sobre trivialidades, ou significados de palavras ou eventos pouco importantes etc.).

4) Devido ao desenvolvimento de padrões de conduta e moralidade rígidos, uma grande percentagem de pensamentos, impulsos e imagens tornam-se inaceitáveis - (muitas obsessões tem conotações "imorais" com temas de agressão e sexualidade). (RACHMAN and DE SILVA, 1978)

5) Pessoas especialmente sensíveis a sinais externos de perigo e ameaça, sofrerão provocações de uma série mais ampla de estímulos e experimentarão , portanto, mais idéias, impulsos e imagens obsessivas (LETTNER, H. 1988)

6) Pacientes obsessivos parecem ser distímicos, neuróticos e introvertidos. Esta combinação de grande sensibilidade e atenção à estimulação interna são fatores que favorecem o desenvolvimento de obsessões (obsessivos extrovertidos são suspeitos e raros).

(RACHMAN & HODGSON, 1980 )

7) O estado de humor disfórico parece contribuir para o aumento de obsessões - a flutuação dos pensamentos negativos em pacientes depressivos, parece aumentar as obsessões .( RACHMAN & HODGSON, 1980 )

8) Obsessões são em parte provocadas por estimulação externa,(o que sugere um uso mais amplo de técnicas de exposição ao vivo) e persistem, em parte, devido a presença dos estímulos externos ou as continuas influências de tais estressores externos por um período após sua remissão. (RACHMAN e DE SILVA 1978)

?) Essas idéias, pensamentos etc. assumem as propriedades de estímulos nocivos e são resistentes à habituação . (LETTNER,H. 1988)

### 3.3-2 MANUTENÇÃO

#### ASPECTOS COGNITIVOS

A intrusão e a irremovibilidade de pensamentos, impulsos e imagens são provas suficientes do inadequado controle cognitivo do paciente obsessivo. Este controle inadequado é o ponto principal do problema, mas deve ser admitido, que atualmente não temos certeza por que os pacientes obsessivos possuem este deficiência . Não temos razão de supor que o paciente obsessivo

tenha dificuldade em remover pensamentos, imagens ou impulsos neutros; suas dificuldades parecem residir na natureza da obsessão e presumivelmente na força com que os pensamentos, imagens ou impulsos perturbam o indivíduo. Quanto mais emocionalmente perturbador o pensamento , menor controle o indivíduo exerce. (RACHMAN and DE SILVA, 1978)

SHACKLETON (1977) na tentativa de descobrir se pacientes obsessivos retêm a habilidade geral de controle dos pensamentos não obsessivos, realizou uma investigação nos controles cognitivos exercidos pelos pacientes em episódios obsessivos e depois novamente no período de remissão . Obteve resultados que afirmam que os pacientes obsessivos-compulsivos não tem dificuldade no controle cognitivo, exceto nos períodos de obsessões. Se o controle da pessoa estiver enfraquecido por disforia, a intrusão de um impulso ou idéia perturbadora, bem pode contribuir para uma sensação de desamparo. (LETTNER,H. 1988)

As tentativas de obter controle são usualmente sem efeito a longo prazo; os comportamentos neutralizadores podem proporcionar alívio temporário. No entanto a obsessão geralmente persiste .  
(RACHMAN & HODGSON, 1980 pg.270)

#### ASPECTOS PSICOFISIOLOGICOS

---

SCHWARTZ (1971) em seu estudo experimental demonstrou que "pensamentos específicos podem agir potencialmente como estímulo à respostas autonómicas" (pg.462).

Durante o curso de um experimento terapêutico bem sucedido em 8 pacientes obsessivos (sem compulsão) RABAVILAS & BOULOGOURIS (1974) acumularam algumas importantes informações sobre a psicofisiologia que acompanhavam os pensamentos obsessivos,

tendo como a mais importante descoberta a similaridade das reações psicofisiológicas da obsessão com as da fobia.

Assim como os estímulos fóbicos nocivos, obsessões são acompanhadas de distúrbios psicofisiológicos comparáveis, particularmente o aumento do batimento cardíaco. Sendo esta a razão de se achar que os pensamentos obsessivos hajam como estímulos fóbicos.

Mesmo que haja grandes similaridades entre o estímulo fóbico e o obsessivo, eles não são idênticos. Duas diferenças parecem ser significantes . 1) obsessões possuem mais elementos endógenos que as fobias .2) obsessões são mais facilmente associadas a depressão que a ansiedade.

#### ASPECTO COMPORTAMENTAL

As formas mais familiares são as de fuga e evitação. Pessoas

com problemas de obsessão estão sempre envolvidas em alguma forma distinta de comportamentos neutralizantes. Neles incluimos a evitação propriamente dita e a tentativa de "colocar as coisas em ordem" internamente.

O paciente se sente obrigado a repetir a ação que foi interrompida pelo mau pensamento, mas só depois de ele o ter substituído por pensamentos bons.

Em momentos de calma o paciente é capaz de reconhecer a irracionalidade de seus medos ou de apontar os atos (rituais) neutralizadores, mas isto não elimina o poder do distúrbio.

A tentativa de "colocar as coisas certo", pode tomar várias formas: corretiva, neutralizadora, reparativa, preventiva ou restaurativa. A forma de colocar as coisas no lugar (comp. neutralizador) é equivalente a rituais compulsivos .

Esta análise do comportamento obsessivo, nos leva a teoria bifatorial (RACHMAN, S. 1976) . O desconforto desenvolvido pelo obsessivo promove comportamentos de fuga e/ou evitação na forma

de atividades neutralizadoras.

Os comportamentos de fuga e evitação desenvolvidos por pessoas que sofrem de obsessões, dividem muitas propriedades com as desenvolvidas com pacientes fóbicos, existindo no entanto uma importante diferença no enfoque.

Os pacientes obsessivos tentam evitar ou fugir de um estímulo que é interno; o que difere dos fóbicos que tentam evitar ou fugir de estímulos provocadores externos. Em resumo, dados certos fatores de predisposição, pensamentos indesejáveis, irremovíveis, são geralmente aumentados por stress e/ou distúrbio de humor.

Pensamentos, imagens e impulsos específicos, podem ser iniciados por estímulos externos ou surgir sem nenhuma referência a qualquer ativador externo.

Obsessões persistem por causa da continua falha do controle cognitivo, juntamente com a dificuldade de habituação do material obsessivo.

Visto que o desenvolvimento e a manutenção da neurose obsessiva-compulsiva leva em conta diversos aspectos, conforme vimos acima, diversas formas de tratamento foram elaboradas, com base nestes princípios teóricos , na tentativa de obter melhorias ao paciente obsessivo - compulsivo conforme veremos no próximo capítulo.

## CAPITULO VI

---

FORMAS DE TRATAMENTO

---

TRATAMENTO MEDICO

TRATAMENTO PSICOLÓGICO

## FORMAS DE TRATAMENTO

Terapeutas de todas as linhas concordam que a neurose obsessiva compulsiva é difícil de ser tratada. Esta impressão clínica foi confirmada por KRINGLEN (1965), que acompanhou o tratamento de casos por 10 anos, concluindo que apenas 15% são neuróticos obsessivos puros (sem associações com outros problemas), o que dificulta de forma evidente o tratamento dos mesmos.

Exatamente devido a estas dificuldades, vários tipos de tratamentos foram elaborados até hoje, desde tratamentos orgânicos até tratamentos psicoterápicos psicanalíticos, chegando ao comportamental com o aparecimento de diversas técnicas específicas. (STURGIS, E.T., MEYER, V., 1981)

" O aparecimento da terapia comportamental, oferece uma alternativa para o tratamento médico ... e a combinação inteligente dos dois, medicação e terapia comportamental parece aumentar a eficácia de ambos ..." (STERN, R.S., 1978).

#### 4.1 TRATAMENTO MEDICO

Vários tratamentos têm sido sugeridos. Alguns estudos mostraram similaridades em comportamentos associados com encefalites, distúrbios do ganglio basal, e lesões no lobo temporal. No entanto, a vasta maioria de obsessivos-compulsivos não tem demonstrado evidências de patologia neuronal (NEMIAH, 1975).

A relação de DEPRESSÃO e OBSESSÃO - COMPULSAO, tem sido investigada desde 1940, e parece ser de extrema importância para a prática clínica, embora de resultados variados.

BLACK (1974) realizou três estudos familiares que sugeriram uma moderada ligação entre estas duas desordens.

ROSENBERG (1968) comparou a frequência de DEPRESSÃO em OBSESSÃO e em NEUROSE de ANSIEDADE, descobrindo 34% de obsessivos e 25,7% de neuróticos de ansiedade com moderada e severa depressão.

GITTLESON (1966), em 31,2% da amostra estudada, observou sintomatologias obsessivas em período de depressão. Em 51% destes pacientes com sintomas obsessivos, o conteúdo dos pensamentos era referente a idéias suicidas, homicidas ou ambos.

LEWIS (1966) sugere a divisão da "depressão obsessiva" em primária e secundária. "Pacientes obsessivos são em muitos casos depressivos; a sua doença é depressão. Ao lado da depressão secundária, no entanto, há frequentemente uma associação mais íntima do tipo no qual a depressão ou mania é o essencial, ou a parte principal da doença, e a ocorrência da obsessão parece ser um sintoma de desordem afetiva". (pg.1200)

A visão de LEWIS de que todo paciente obsessivo é ou teria sido depressivo é importante, mas não podemos esquecer que há muitos casos no qual a desordem obsessiva não é acompanhada ou precedida de qualquer indicação clara de depressão (WELNER et al., 1976)

Baseado em diversos estudos como estes, muitos tratamentos foram sugeridos na tentativa de minimizar os comportamentos obsessivos compulsivos.

#### 4.1 - 1 QUIMIOTERAPIA

#### CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

Agentes farmacológicos são usualmente classificados de acordo com três métodos interrelacionados, mas nem sempre perfeitamente correlatos: por sua estrutura química, por sua ação fisiológica ou celular e por seus efeitos nos comportamentos mais molares.

Tradicionalmente na psiquiatria os termos comuns de classificação das drogas tem alguma referência aos efeitos comportamentais.

Estas classificações ou classes farmacológicas incluem: 1)

narcóticos ou analgésicos sintéticos, 2) hipnóticos, sedativos e tranquilizantes menores, 3) neurolepticos ou anti psicóticos, "tranquilizantes maiores", 4) antidepressivos, 5) estimulantes, e 6) alguns compostos como carbonato de litio que não se ajustam facilmente em outras classificações.

Em adição aos efeitos comportamentais específicos produzidos pela administração das drogas, estas são descritas em termos de suas potencialidades, latência do início da ação, duração e término da ação. Diversos fatores interagem para determinar a potência, latência e duração, desde sua estrutura química até sua rota de aplicação (intravenosa, intramuscular e oral).

#### NARCÓTICOS OU ANALGÉSICOS SINTÉTICOS

Estes componentes químicos tem sido usados como estímulos aversivos na terapia comportamental (RACHMAN & TEASDALE, 1969).

Apesar de certamente haverem aspectos comportamentais para o uso

dos narcóticos, eles não são os mais usados na terapia farmacológica. (MILLER & EISLER, 1976); os mais comumente usados são os compostos que exercem mudanças comportamentais, com ação direta ao sistema nervoso, como os hipnóticos, neurolépticos, antidepressivos, carbonato de litio e estimulantes. Sendo os narcóticos de pouco uso, ficando restritos as terapias aversivas.

## HIPNOTICOS

---

As drogas hipnóticas, sedativas e tranquilizantes menores são tão negativamente "rotuladas" por que, em geral, sua administração resulta na diminuição da consciência e da atividade motora, sedação ou indução do sono, e, em largas doses geralmente anestesia, coma e depressão medular seguida de morte. Drogas desta classificação são depressivas do sistema nervoso central, e são potencialmente viciadores físicos.

A interrupção abrupta de seu uso, uma vez desenvolvida a tolerância, pode resultar em uma síndrome de abstinência com consequente ameaça à vida, incluindo ataque repentina de apoplexia.

No tratamento da neurose obsessiva-compulsiva, alguns estudos foram realizados com a utilização de barbitúricos. KALINOWSKY & HIPPICUS (1967) que utilizaram barbitúricos de pouca duração como Tiopentona ou Metoximetona concluindo poder ser de ajuda na ansiedade de pacientes obsessivos. Não atuam, no entanto, nos comportamentos ritualísticos e nos pensamentos obsessivos.

#### ANSIOLITICOS

Os ansiolíticos (tranquilizantes menores) ganharam tremenda popularidade entre médicos, pacientes e usuários de drogas, em parte devido ao termo "tranquilizantes menores". Isto obscurece o fato destes componentes possuirem muitas das propriedades dos

barbitúricos, incluindo a propriedade de viciar. Os chamados tranquilizantes menores incluem benzodiazepínicos - DIAZEPAN (valium), CLORDIAZEPOXIDO (librium) etc.

O uso do DIAZEPAN ajudou na redução da sintomatologia em 40 a 50% dos 140 pacientes de BETHUNE (1964) mas somente 1 paciente apresentava obsessão. VENKOBA RAO (1964) complementou este estudo com 16 pacientes obsessivos, 8 tratados com placebo e 8 com DIAZEPAN, concluindo haver melhora nos pacientes tratados com DIAZEPAN. As compulsões no entanto retornaram, mesmo em pacientes em tratamento.

PERFENAZINA em dosagem baixa (2 mg, 3 vezes ao dia) pode ajudar alguns pacientes obsessivos (DALLY, 1967).

O METILPERIDOL também ajudou em metade dos pacientes no ganho de peso, sem efeitos colaterais (RITNER, 1969).

O CLORPROMAZINA alivia a tensão obsessiva, mas não afeta o modo de pensar (GARMANY et al., 1954)

ORVIN (1967) comparou OXAZEPINA com CLORDIAZEPOXIDO e placebo achando melhora em 68% em seus 24 pacientes com sintomas obsessivos com OXEPINA, 13% com CLORDIAZEPOXIDO e 0% com placebo.

O CLORDIAZEPOXIDO é considerado ineficiente por KALINOWSKY & HIPPUS (1969) para o tratamento de obsessivos, mas satisfatório por BRITNER (1960). HESS (1968) também obteve bons resultados. DALLY (1967) recomenda, mas com a utilização da combinação de antidepressivos e se necessário ECT.

Concluiendo-se que apesar de haverem alguns estudos que apresentam resultados positivos com hipnóticos, o seu uso não pode ser considerado como eficaz, devido a diversidade de resultados obtidos, e a constante necessidade de associação de outros medicamentos para melhores resultados terapêuticos. Apresentando alívio basicamente no desconforto existente.

## NEUROLEPTICOS

As drogas antipsicóticas também conhecidas como neurolepticos ou tranquilizadores maiores , vêm sendo usadas há mais de 25 anos.

O primeiro uso bem sucedido foi realizado por psiquiatras franceses em 1952-1953, sendo introduzido na América em 1954 (BALDESSARINI, 1977). Muitos psiquiatras americanos atribuem o declínio da população dos hospitais de doenças mentais ao uso dos tranquilizantes maiores. Menor importancia foi dada às mudanças nos tratamentos hospitalares . Mas a força do efeito desta droga não pode ser ignorada.

Estas drogas produzem distúrbios motores, síndrome extrapiramidal. Muitos agem no hipotálamo e produzem efeitos colaterais autonômicos.

Apesar da existencia de diversas drogas antipsicóticas

diferentes, elas são igualmente efetivas. Elas não são específicas (como antibióticos) e são essencialmente imutáveis. As maiores diferenças são os efeitos colaterais, dosagem e peso (LEHMAN, 1975).

Portanto, em estudos terapêuticos com neurolépticos, temos que ter em mente que: 1) Os níveis terapêuticos dos neurolépticos podem levar vários dias ou semanas para serem atingidos, 2) podem levar dias ou semanas para dissipar, 3) similarmente, as classes de comportamentos afetados pelos neurolépticos podem diminuir somente depois de 4-8 semanas.

#### ANTIDEPRESSIVOS

Os antidepressivos triciclicos são as drogas mais comunmente usadas no tratamento da depressão. Eles são rápida e eficientemente absorvidos por administração oral. O uso dos

tricíclicos injetáveis não aumenta a rapidez ou a eficiência da sua ação. Todos os tricíclicos antidepressivos têm um espaço de tempo para o início da ação, portanto seu benefício máximo não pode ser alcançado antes de 3 - 4 semanas (APPLETON, 1976).

As propriedades dos tricíclicos são sedativos, semelhantes à FENOTIAZINAS. Ambos têm ação central e periférica, ação anticolinérgica, sendo muitos de seus efeitos relativos a esta propriedade. (BADESSARINI, 1977)

No entanto o mecanismo de ação dos tricíclicos antidepressivos não está firmemente estabelecido, explanações de sua ação, quase sempre envolvem a hipótese da desordem afetiva atribuída aos efeitos da catecolamina. Esta hipótese diz que estados afetados patológicamente estão associados com a alteração da liberação de aminas biogenéticas no cérebro (BADESSARINI, 1975). As aminas biogenéticas importantes nestes conceitos incluem a catecolamina, dopamina, e norepinefrina, idamina, serotonina e a acetil colina - amina quaternária

(BALDESSARINI, 1975).

A depressão é associada à falta de liberação dos neurotransmissores norepinefrina, dopamina e serotonina.

GEISSMAN & KAMKERER (1964), baseados na suposição de que a depressão causava sintomas obsessivos-compulsivos, estudaram 30 casos, concluindo que a imipramina era efetiva na redução das ruminações e rituais.

FREED, KERR e ROTH (1972) estudaram 16 obsessivos com a utilização de tricíclicos (imipramina, amitriptilina, desipramina) onde 22% se recuperaram, 64% melhoraram nitidamente e 14% pioraram. Estes resultados não coincidem com os obtidos por CRAMMER (1973) que administrou, DESIPRAMINA em 20 pacientes (nem todos ritualizadores) concluindo que os tricíclicos eram efetivos na redução de sintomas depressivos, mas não afetavam as queixas obsessivas-compulsivas.

VANRENYGHE de VOXVRIE (1968) propôs que a utilização de Clormipramina (anafranil) no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva, sendo esta droga comumente considerada como de ESCOLHA para este tratamento. Apartir dai diversos estudos foram realizados.

ANATH e VANDSTEEN (1977) compararam resultados de 2 estudos sem controle, onde um dos quais usou Clormipramina e outro Doxepina, concluindo que a primeira produzia resultados superiores. Estes achados deixam dúvidas quanto a sua conclusão. A Clormipramina reduziu a depressão e a ansiedade geral mais do que a Doxepina, mas não a sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Diversos autores, como YARURA-TOBIAS & NEZIROGLU (1975) propuseram que a Clormipramina tem propriedades anti-obsessivas específicas. Isto no entanto não foi confirmado quando a droga foi utilizada no estudo comparativo entre obsessivos e fóbicos , onde 60% dos fóbicos versus 43% dos obsessivos foram bem sucedidos. (WAXMAN, 1973)

Portanto os anti-depressivos triciclicos não obtêm sucesso no tratamento de obsessivos-compulsivos, exceto em alguns casos ainda não confirmados tratados pela TRIMIPRAMINA e CLOMIPRAMINA (VANRENYGHE de VOXVRIE, 1968, BREITNER, 1960, LA BOUCARIE et al., 1967, MAILLET-JURQUET et al., 1970)

#### SAL DE LITIO

Em 1949 um psiquiatra Australiano JOHN CADE divulgou um tratamento bem sucedido em 10 pacientes maniacos com uso de LITIO ( CADE, 1949 ).

Dando sequencia ao estudo de CADE diversos estudos confirmaram a eficácia do tratamento do litio no tratamento de psicoses maniacos depressivos, e a terapia do litio ficou popular para os psiquiatras Ingleses e Australianos , só sendo permitido sua utilização nos EUA após 1970.

O Lítio é rápida e quase que completamente absorvido por via oral, o que evita sua utilização injetável, além de ser pouco irritante ao sistema gastro intestinal.

O LITIO afeta as aminas do sistema nervoso central de diversas formas: 1) aumenta a absorção da catecolamina e a permeabilidade da membrana pré-sináptica. 2) previne a liberação da norepinefrina e a dopamina das sinapses aminérgicas no sistema nervoso central (BALDESSARINI, 1977); 3) interfere na produção da Adenilciclase, uma enzima necessária à síntese da catecolamina (BALDESSARINI & LIPINSKI, 1975); 4) o Lítio estimula a síntese da serotonina e inibe sua recaptura ( SHOPSIN & GERSHON, 1974).

O SAL DE LITIO só é utilizado no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva quando há presença de comportamentos depressivos graves.

Não sendo portanto de atuação na neurose obsessiva-compulsiva propriamente dita.

#### 4.1-2 TECNICAS CIRURGICAS

Diversas técnicas cirúrgicas como a leucotomia são reportadas desde 1940 ( BERLINER, BEVERIDGE, MEYER-GROSS & MOOR, 1945) .

No entanto, apesar de não haver dúvidas quanto ao efeito positivo desta medida, ela é reservada apenas aos casos onde falha a intervenção comportamental e psicofarmacológica, isto devido a sua drasticidade, e aos efeitos colaterais que podemoccasionar.

Devido a todos estes elementos citados acima, foi possível determinarmos um tipo de medicação (neuroleptico)que melhor efeito tem no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva , no entanto não é conclusivo ou verdadeiro afirmar que esta medicação tenha um efeito definitivo, mas sim que é a de melhor efeito em tratamento ambulatorial.

#### 4.2 - TRATAMENTO PSICOLOGICO

O tratamento de obsessivos-compulsivos por psicoterapia convencional, vem sendo de pouco valor frente aos demais tratamentos existentes, devido a sua falta de controle, por serem os pacientes tratados de acordo com diferentes bases teóricas dos terapeutas e eles atuarem diretamente no relato atual do paciente. (STURGIS, E.T., MEYER, V. 1981)

No entanto levando todas estas variáveis em conta, os estudos de "follow-up" que foram completados têm sugerido que em geral cinco anos após o tratamento aproximadamente 25% se recuperaram, 50% obtiveram alguma melhora, e 25% não ficaram piores ou melhores. As psicoterapias convencionais, tem mostrado melhores resultados em alterar as obsessões do que as compulsões. (CAWLEY, 1974)

Os métodos comportamentais para o tratamento de obsessivos - compulsivos incluem uma variedade de procedimentos.

No tratamento das desordens cognitivas foram testados :inibição reciproca ou dessensibilização sistemática, implose, modelação, prevenção de respostas, tratamento aversivo, parada de pensamento.

No tratamento da desordem motora foram testadas basicamente os citados anteriormente, com exceção de distração e ainda a utilização de punição e time-out. (ver STRUGIS, E., MEYER, V. 1981)

A escolha da técnica mais adequada vai depender da forma de como a desordem se apresenta no indivíduo.

A teoria da redução da ansiedade tem sido a hipótese mais provável para o desenvolvimento e manutenção das obsessões, ruminações e rituais. Os métodos utilizados para modificar a ansiedade incluem diversas técnicas e principalmente a prevenção de respostas. (MEYER, V. 1966)

Como efeito de ilustração serão citadas algumas técnicas importantes para o tratamento da neurose obsessiva compulsiva, dando -se ênfase a PREVENÇÃO DE RESPOSTAS , por ser esta considerada a mais eficaz , e por isto será utilizada nesta pesquisa.

#### 4.2-1 DESENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA

---

O uso do procedimento de dessensibilização sistemática é baseado na afirmação de que a ansiedade é proveniente das reações neuróticas aprendidas. A reação é vista como continua, devido ao princípio de redução de ansiedade. De acordo com este princípio, há dois componentes na neurose compulsiva, a resposta emocional condicionada (ansiedade), e a evitação. Esta segunda resposta pode ser um ato motor ou um pensamento. (WOLPE, 1958)

Neste método WOLFE tenta reduzir a ansiedade utilizando-se de estímulos não condicionados (como instrução de relaxamento, treino assertivo, humor, etc) que venham a inibir as respostas condicionadas (ansiedade).

Uma vez que estas respostas inibidoras são aprendidas, o indivíduo é gradualmente exposto aos estímulos, por imaginação ou ao vivo, apesar do indivíduo apresentar alguma ansiedade, ele não necessitará realizar os comportamentos redutores de ansiedade (rituais ou ruminações).

WALTON & MATHER (1963) sugeriram que a inibição da ansiedade é efetiva em diminuir hábitos compulsivos em pessoas que estão nos estágios iniciais do desenvolvimento do problema, mas insuficiente em casos crônicos. Eles hipotetizaram que ao passar do tempo, a resposta motora passa a ser automática.

#### 4.2-2 INUNDAÇÃO

Nesta técnica o indivíduo entra também em contato com o estímulo provocador de ansiedade. Este contato pode ser durante um período longo ou curto, mas nunca arranjado hierarquicamente.

Caso o indivíduo não consiga entrar em contato com o estímulo temido, o terapeuta pode quebrar o procedimento em graus menores, ou modelar as respostas apropriadas.

O método se mostra eficiente, por tornar as respostas condicionadas de evitação ineficientes, e extintas.

A resposta emocional condicionada é gradualmente extinta por que as consequências temidas não ocorrem, o que modificará a percepção cognitiva, que levará à mudanças do comportamento. (MARKS, 1971)

#### 4.2-3 MODELAÇÃO

O procedimento de modelação foi criado baseado no princípio da aprendizagem vicária observacional favorecendo o desenvolvimento e implantação de comportamentos adequados.

Nesta técnica o indivíduo observa outro indivíduo entrar em contato com o estímulo temido, aprende maneiras de manipula-lo e percebe que as consequências desastrosas não ocorrem com o contato.

A modelação é efetiva, devido a extinção vicária das respostas inapropriadas, da aquisição de novos comportamentos e a transmissão útil de informação .(ROFES, RACHMAN e MARKS, 1975)

O que se observa como efeito do uso desta técnica, é que há uma tendência ao aumento na frequência da resposta observada, quando o modelo foi bem sucedido e tendência a diminuição na frequência da resposta quando o modelo não foi reforçado. A técnica de modelação também pode ser aplicada com o uso de recursos audio visuais, como por exemplo o video

tape. (LETTNER, H., RANGE, B., 1988)

#### 4.2-4 TERAPIA AVERSIVA

Muitas vezes tem-se falado sobre a aplicação de técnicas aversivas de forma crítica, uma vez que é delegada a ela um poder absoluto sobre o indivíduo. O que ocorre é que estas técnicas são pouco utilizadas pelos terapeutas, devido ao efeito danoso que pode acarretar ao indivíduo, isto é, são aplicados de forma restrita em alguns casos, principalmente quando está em risco a segurança ou a integridade física do cliente, ou quando a severidade do distúrbio é muito grande e outros recursos para redução da frequência da resposta são ineficientes.

(LETTNER, H., 1988)

A terapia aversiva se propõe não a diminuir a ansiedade, mas a modificar e reverter o valor negativo do estímulo.

Consiste na associação de estímulos aversivos a ocorrência de comportamentos considerados inadequados.

Uma técnica aversiva bastante utilizada no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva, é a parada de pensamento (THOUGHT STOPPING) que consiste no condicionamento clássico entre um estímulo externo que interrompe uma idéia obsessiva recorrente e intrusiva, e um estímulo verbal que o acompanha. Assim é solicitado ao cliente que indica a intromissão da idéia, quando então o terapeuta faz um "ruído intenso" (que pode ser um grito um berro ou qualquer barulho repentino), e fala a palavra "pare".

#### 4.2-5 PREVENÇÃO DE RESPOSTAS

Esta técnica é a de maior importância no tratamento da neurose obsessiva compulsiva por apresentar resultados indiscutivelmente superiores na redução dos rituais.

Não resta dúvida que sua aplicação no Brasil é recente, mas em diversos estudos em outros países foi comprovada sua eficácia, como o realizado por TURNER, HERSEN, BELLACK and WELL (1979).

A prevenção de respostas foi pela primeira vez descrita por MEYER (1966), baseado no estudo análogo realizado com ratos por MAIER and KLEE (1945).

A maioria das técnicas são dirigidas à eliminação da ansiedade associada com certos estímulos. No caso da prevenção de respostas, formula-se a hipótese de que fora a redução de ansiedade esse procedimento resulta também numa modificação de expectativas. MEYER (1966) argumenta: "As teorias da aprendizagem levam em conta a mediação de respostas por expectativas de

atingir o alvo, desenvolvidas a partir de situações previamente reforçadas. Quando essas expectativas não se realizam, novas expectativas podem desenvolver-se, que por sua vez podem mediar novo comportamento. Assim se o indivíduo é impedido de realizar os rituais, ele pode descobrir que as consequências temidas não ocorrem mais. Tais modificações de expectativas devem resultar na cessação do comportamento ritualístico "(p.275) (LETTNER, H. 1988).

Esta técnica pode ser vista como um método de expor as expectativas da pessoa a desconfirmação repetidas e prolongadas.

O procedimento consiste em 3 elementos principais :

- a) exposição prolongada a todos os estímulos provocadores.
- b) impedimento de todos os comportamentos compulsivos, durante e após a exposição.
- c) modelação de comportamentos apropriados.

Na prevenção de respostas conforme proposta por MEYER o paciente é encorajado a entrar em contato com situações que eliciem comportamentos compulsivos, mas é proibido de realizar tais comportamentos, havendo no entanto necessidade de uma supervisão por 24 horas durante 4 a 5 dias com profissionais previamente orientados quanto aos comportamentos obsessivos compulsivos dos pacientes.

Para realizarmos esta técnica é necessária uma avaliação bem detalhada de cada paciente, e informações detalhadas de todos os comportamentos mau adaptados. (MEYER, V. 1966)

RACHMAN and HODGSON propuseram uma modificação na "prevenção de respostas", dando ênfase a modelação.

RACHMAN diz que o método dá ênfase a mudança comportamental direta e comprehende 3 maiores elementos 1) exposição a estímulos provocadores seguido de 2) prevenção de resposta 3) modelação.

Onde for possível a exposição a estímulos provocadores ela é precedida pela modelação do terapeuta, e todo o processo é feito

tão rápido quanto o paciente pode tolerar sem um desconforto excessivo.

As instruções de prevenção de respostas são enfatizadas repetidamente. Em todos os estágios do tratamento são fornecidos encorajamento e prêmio, sendo do paciente exigido a uma participação ativa no planejamento e na duração de cada etapa do programa.

Todo tratamento é precedido de entrevistas clínicas, coleta de dados e análise comportamental. Com base nestas informações, o conteúdo, e o tempo de exposição das sessões são determinados em conjunto com o paciente. Depois de ver o terapeuta, ou pelo menos um outro modelo, o paciente é gradualmente encorajado a imitar o comportamento observado. Nem o modelo, nem o paciente se utilizam de rituais compulsivos (como lavar as mãos etc.) durante o tempo de exposição. Quando apropriado, o modelo explica ao paciente que entrar em contato com o estímulo provocador, pode eliciar algum desconforto mas que apesar disto o comportamento exigido é

completado.

Portanto as instruções da prevenção de respostas, são enfatizadas, a supervisão externa não é prevista a não ser quando essencial.

As sessões do tratamento têm a duração de aproximadamente 30' com as primeiras sessões mais longas. Quando o paciente começa a fazer progressos, mais e mais responsabilidade para planejar e conduzir a exposição e a prevenção de resposta é transferida a ele. O tratamento não é conduzido unicamente na clínica, mas também com ajuda das próprias pessoas da casa, e quando possível com a cooperação dos membros da família ou amigos próximos. (HODGSON and RACHMAN, 1976)

Portanto o método usado por MEYER e seus colegas (MEYER, LEVY and SCHNURER, 1974) incorporam os 3 mesmos elementos, de exposição modelação e impedimento de respostas, mas com ênfases diferentes.

Diversos estudos realizados principalmente na Inglaterra demonstram claramente a eficácia da técnica de prevenção de respostas no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva. No entanto a técnica conforme descrita nos é de difícil aplicação, devido as grandes dificuldades situacionais existentes na execução dela, seu alto custo, e a necessidade de uma participação ativa dos familiares ou de técnicos treinados, que muitas vezes não tem tempo disponível ou não possuem a formação exigida.

Todas as técnicas sugeridas acima sem sombra de dúvida obtém resultados positivos no tratamento da neurose obsessiva-compulsiva, sendo no entanto a de prevenção de respostas, segundo vários estudos , a que obtém melhores resultados, e portanto a escolhida na elaboração desta pesquisa.

## CAPITULO V

---

### METODOLOGIA

---

5.1 METODOLOGIA EMPREGADA.

5.2 PROCEDIMENTO.

5.3 VARIAVEIS.

5.4 SUPOSICOES.

5.5 AMOSTRAGEM.

### 5.1 - METODOLOGIA EMPREGADA

#### ESTUDO COMPARATIVO DE GRUPOS

Foi escolhido o seguinte delineamento experimental de estudos comparativos entre grupos:

Y	X1	Y	...	Y	Gr. Exp. 1 (tratamento psic.)
R	Y	X2	Y	.....	Y Gr. Exp. 2 (tratamento médico)
Y	X3	Y	....	Y	Gr. Exp. 3 (tratamento psi.+med.)

Trata-se de uma adaptação de um delineamento proposto por KERLINGER (1973, pg. 333) que consiste de 3 grupos experimentais, cada um sendo submetido a uma variável experimental diferente ( $X_1$ ,  $X_2$ ,  $X_3$ ) com uma medida do comportamento alvo (Y) antes da aplicação da variável experimental (linha de base), uma medida de

Y pós tratamento, e uma no Follow up. Os sujeitos, dentro deste delineamento são distribuídos aos 3 grupos randomicamente (R) ou em outras palavras aleatoriamente.

Por razões de viabilidade nas nossas condições clínicas, optamos pela não inclusão de um grupo de controle, embora isto pudesse contribuir muito para o aumento do valor científico da pesquisa.

Era previsto um tratamento estatístico dos dados obtidos, mas por falta de um número suficiente de participantes (ver 5.4 amostragem), fomos obrigados a optar pela avaliação empírica dos dados ou sendo, interpretação de tendências numéricas encontradas nas medidas, aqui neste trabalho representado por gráficos.

Reconhecemos que uma avaliação empírica impõe uma série de limitações em termos da possibilidade de interpretações de dados e da confiabilidade das conclusões tiradas.

## 5.2 - PROCEDIMENTO

Os participantes foram encaminhados ao setor de psicologia por neurologistas, e após realizarem entrevistas para confirmação diagnóstica, foram encaminhados aos grupos de tratamento de acordo com a ordem de chegada.

Após este encaminhamento foi explicado e pedido que fosse preenchida a FICHA DE REGISTRO durante o período de tratamento. Nesta ficha foi anotado pelo paciente o número de vezes que ele apresentava os comportamentos (rituais), pensamentos e premências obsessivas-compulsivas com avaliação semanal.

A aplicação da técnica psicológica (prevenção de respostas) e da medicação (neurolepticos), só aconteceu 1 semana após o inicio do registro (linha de base), e permaneceu por 8 semanas; onde levantamos os dados pós tratamento e de follow-up.

A todos os participantes foi pedida a permissão para que participassem da pesquisa, e somente depois iniciavam ou não os

registros.

### 5.3 - VARIÁVEIS

As variáveis dependentes desta pesquisa são: premências, rituais e pensamentos. Enquanto que as variáveis independentes são: Métodos de tratamento.

- 1) Psicológico.
- 2) Medicamentoso.
- 3) Medicamentoso + Psicológico.

#### 5.4 - SUPosiçõEs

Baseado na bibliografia apresentada, nos foi possível chegar as seguintes suposições a respeito do previsto efeito das variáveis independentes nas dependentes:

##### Suposição 1

Os três procedimentos terapêuticos diminuem os comportamentos obsessivos-compulsivos.

##### Suposição 2

O tratamento conjunto é mais eficaz do que os dois tratamentos isolados na redução dos comportamentos obsessivos-compulsivos.

Suposição 3

Os efeitos terapêuticos se mantêm até o follow up nos três grupos.

Suposição 4

Os ganhos terapêuticos continuam superiores até o follow up no grupo de tratamento concomitante.

### 5.5 AMOSTRAGEM

A amostragem foi de pacientes adultos tratados ambulatorialmente com controle semanal, sendo selecionados em uma clínica neurológica (Carlos Bacelar Clínica) por neurologistas, e encaminhados para o setor de psicologia, onde era realizada uma entrevista para confirmação do diagnóstico. A cada paciente era solicitada permissão para participar na pesquisa, e com seu consentimento explicava-se o preenchimento da ficha de registro. A partir desta entrevista, eram encaminhados aleatoriamente, conforme a ordem de chegada, ao grupo de pesquisa.

Cada grupo, no projeto inicial, teria aproximadamente 10 pacientes, baseados em levantamentos anteriores feito com os médicos. Entretanto não foi possível obter o número de pacientes planejados devido a pouca incidência de pacientes obsessivo-compulsivos durante o período de execução da pesquisa. No total conseguimos obter 7 pacientes, sendo 3 no grupo psicológico, 2 no

grupo medicamentoso e 2 no grupo concomitante. Como já mencionamos este número de participantes inviabilizou a aplicação da metodologia estatística.

CAPITULO VI

---

RESULTADOS

---

## RESULTADOS

---

A seguir são apresentados os resultados (em forma de gráficos) dos registros de pensamentos, premências e rituais, que os pacientes fizeram durante as três fases da pesquisa: linha de base, tratamento e follow-up. Decidimos apresentar os gráficos em um bloco só sem discussões intermediárias, para facilitar ao leitor a comparação entre os grupos. No final segue-se a interpretação e discussão destes dados.

Baseado nos gráficos de cada grupo (ver pg. ) podemos concluir em relação a cada suposição feita que:

### SUPosiÇÃO 1

Os três procedimentos parecem diminuir os três aspectos obsessivos-compulsivos medidos, embora destacando-se diferenças relativas nos gráficos.

#### SUPOSIÇÃO 2

De acordo com os gráficos, esta suposição parece não ter sido comprovada. O grupo conjunto não se destaca nos gráficos como mais eficaz.

#### SUPOSIÇÃO 3

Parece ser verdadeira, no sentido em que nos três grupos se obteve uma manutenção dos efeitos terapêuticos, com uma única exceção de uma pessoa do grupo psicológico que apresentou aumento nas variáveis pensamento e premência, embora seus rituais no mesmo período diminuam.

#### SUPOSIÇÃO 4

Os dados também não comprovam esta suposição.

Não conseguindo-se distinguir diferenças significativas nestes

grupos.

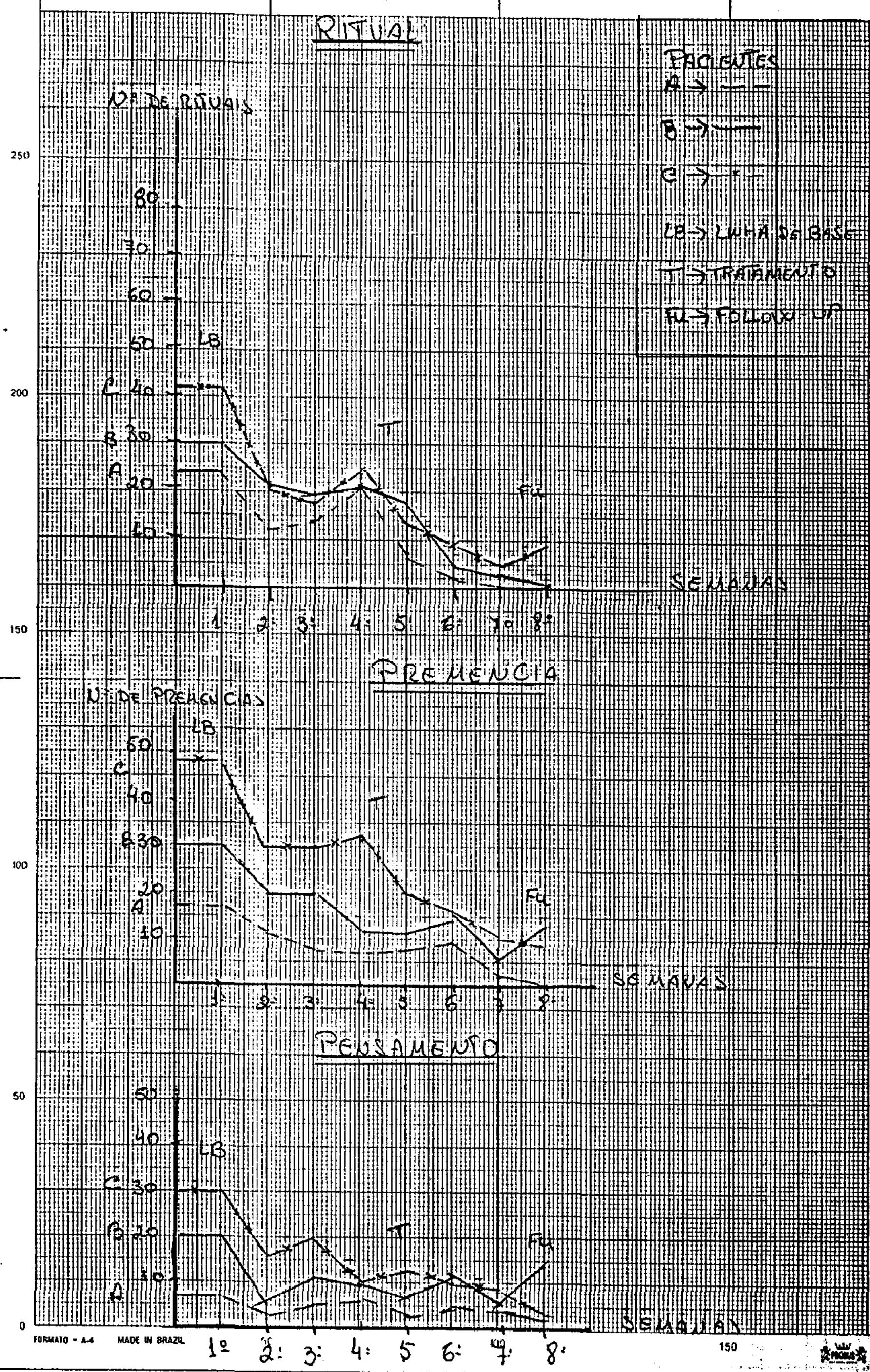
Em termos gerais, comparando-se os três grupos, o grupo psicológico parece apresentar maior eficácia. As mudanças obtidas aparentemente são as maiores. Em termos de pensamentos, premedícias e rituais, houve um declínio apartir da intervenção terapêutica. Em termos de rituais, observa-se uma elevação na quarta semana, provavelmente atribuída a uma falta do terapeuta à sessão, sugerindo uma importância bastante grande na constância do contato com o cliente, para se obter uma melhora contínua e persistente. Apesar desta pequena flutuação na quarta semana, o grupo psicológico mostra um declínio constante nas três variáveis registradas até o final da intervenção, sugerindo que esta intervenção (prevenção de respostas) seja eficaz na alteração em termos comportamentais, cognitivos e emocionais (já que premedícia pode ser considerada uma medida de ansiedade).

No grupo médico + psicológico observa-se também um certo

declínio da sintomatologia durante o período de tratamento, embora menos claro e óbvio que no grupo psicológico. Dentro deste grupo não se destaca nenhum fenômeno específico na época em que a medicação deveria começar a atuar (3 a 4 semanas), mantendo-se uma variação constante e em declínio, mesmo que não tão acentuada como no grupo psicológico, durante todo o período da intervenção. Sugerindo que mesmo que não seja tão eficaz quanto o grupo psicológico ainda apresenta uma eficácia relativa nas três variáveis medidas.

No grupo médico, um fenômeno que os gráficos parecem representar é uma alteração nos três níveis a partir da terceira semana da aplicação da medicação, que poderia ser visto como resultado da atuação terapêutica do remédio utilizado. Durante todo o período de tratamento mantever-se uma variação bastante grande nas variáveis medidas, o que pode sugerir que esta intervenção não é tão eficaz quanto as anteriores, apesar de apresentar alguma redução na sintomatologia.

# GRUPO PSICOLOGICO



GRUPO MEDICO

RITUAL

Nº DE RITUAIS

80

70

60

50

40

30

20

10

LB

F

Nº DE PROCESOS

LB

12 29 3 4 5 6 7 8

PRECENCIAS

Fu

SEMANAS

Nº DE REKAMENTOS

70

60

50

40

30

20

10

0

LB

F

MADE IN BRAZIL

FORMATO

1:2

2:3

3:4

4:

5:

6:

7:

8:

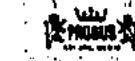
9:

PERIODICIDAD

SEMANAS

100

150



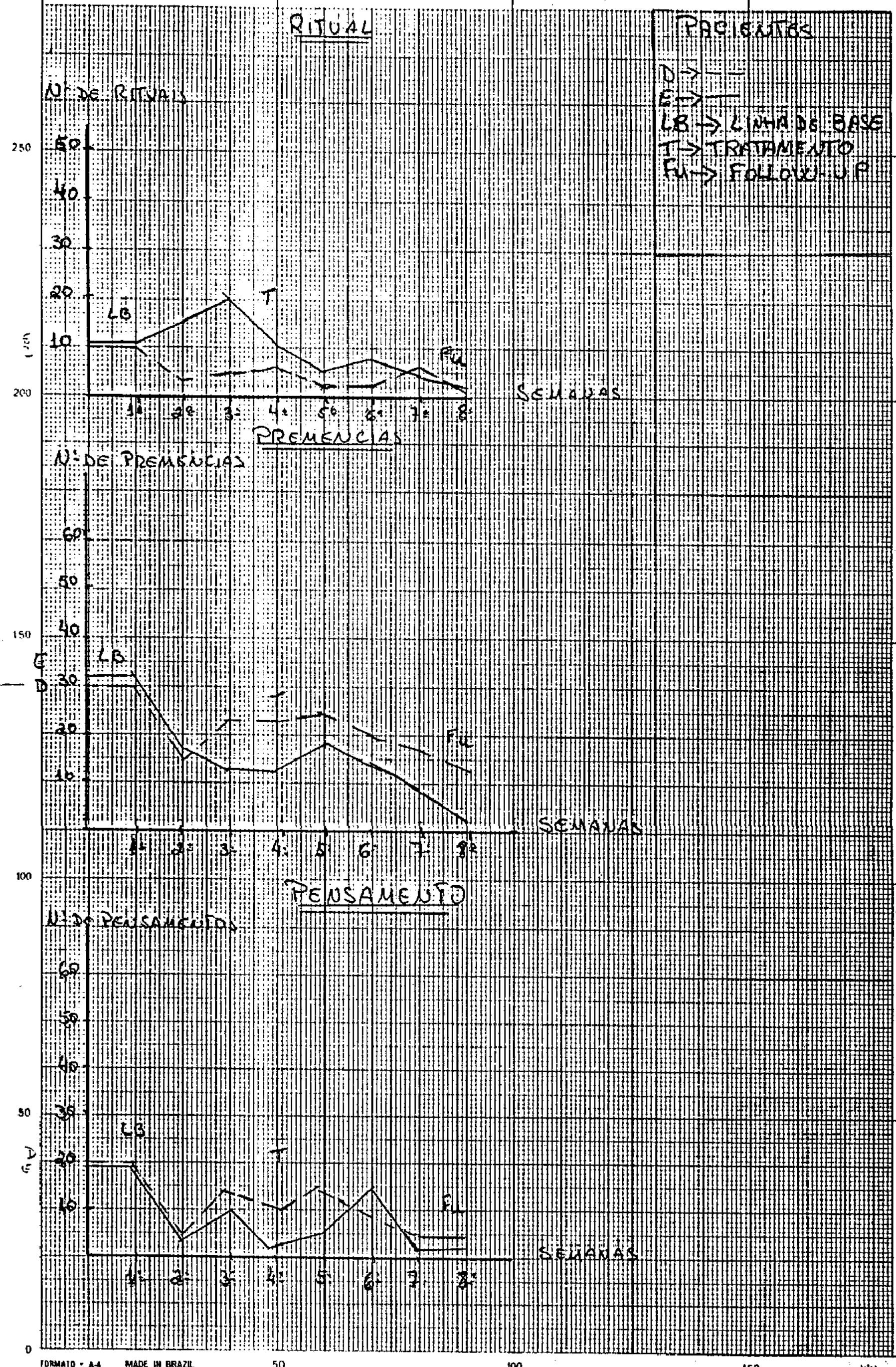
PROGETOS

F  
G

L3 → LIGA A SE BASE

→ TRATAMENTO  
FUT FOL D2-OF

GRUPO MEDICO + PSICOLOGICO



CAPITULO VII

---

DISCUSSÃO

---

DISCUSSÃO

---

Embora possamos concluir , com base nesta interpretação dos gráficos que a intervenção terapêutica de melhores resultados parece ser a psicológica, pode também ser que este resultado não reflete as tendências reais (mas sim flutuações individuais espontâneas), devido ao número muito pequeno de sujeitos em cada grupo. Portanto , se tivesse sido possível conseguir uma amostragem bem maior o resultado poderia ser diferente.

Além disso, mesmo tendo sido a amostragem distribuída aleatoriamente entre os grupos, certamente não se alcançou "igualdade" dos grupos (que seria o objetivo da distribuição aleatória) em relação a qualquer característica ou condição dos sujeitos - novamente , por causa da amostra muito pequena. Como exemplos das diferenças entre os gupos, podemos citar os graus diferentes de gravidade da problemática apresentadas pelos sujeitos em cada grupo; ou, se olharmos para as informações adicionais existentes sobre cada indivíduo, podemos observar que

os pacientes do grupo conjunto (médico +psicológico) se destacam dos outros por graus bem mais elevados de neuroticismo e dificuldade bem maior de aceitação de qualquer intervenção terapêutica, seja ela médica ou psicológica. Estas diferenças (e as outras existentes) certamente são capazes de alterar os resultados ou, em outras palavras, as tendências encontradas nos gráficos poderiam estar refletindo as influências das diferenças individuais entre os sujeitos e não as respectivas influências das diferentes técnicas terapêuticas.

E mais, esta dificuldade em conseguirmos o número suficiente de participantes em cada grupo obrigou-nos, como já foi mencionado no capítulo sobre metodologia, a desistir dos métodos estatísticos planejados e recorrer ao uso de registros empíricos e sua representação em gráficos - um método absolutamente aceito, mas de valor científico muito menor.

Enfim, todos estes fatores diminuem a fidedignidade, validade e confiabilidade dos resultados. Mas ainda assim, o estudo parece

mostrar tendências interessantes que certamente valem a pena serem investigadas mais detalhadamente, seja em estudos comparativos de grupos ou em estudos de caso único.

CAPITULO VIII

---

BIBLIOGRAFIA

---

BIBLIOGRAFIA

---

- AKHTAR, S. ws, N.H., VERMA, V.K., PERSHOD, D. and VERMA, S.K. , "A Phenomenological Analysis of Symptoms in Obsessive-Compulsive Neuroses " - British Journal of Psychiatric, 1975 , 127, 342-48
- ANANTH, J. , Treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis: Pharmacological Approach - Psychosomatics, 1976. 17, 180-184
- ANNESLEY, P.T. " Nardil Response in a Chronic Obsessive-Compulsive " British J. Psychiatric, 1969. pp 115,748.
- APPLETON , W.S. Third Psychoactive Drug Usage Guide. Diseases of the Nervous System ,1976. pp. 37, 39-51.
- BALDESSARINI, R.J. Chemotherapy in Psychiatry - Cambridge: Harvard University Press, 1977.
- BALDESSARINI, R.J. " The Basis of Amine Hypotheses in Affective Disorders " - Archives of General Psychiatry . 1975 , 32,1087-1093

BANDURA, A. Social Learning Theory , Englewood Cliffs ,N.J.  
Prentice Hall, 1977.

BEECH, H. R. Obsessional States - London-Methuen, 1974.

BERLINER, BEVERIDGE, MEYER-GORSS & MOORE Prefrontal Leucotomy:  
Report on 100 Cases - Lancet ,1945. 4, 325

BETHUNE, H.C. et al A New Compound in the Treatment of Severe  
Anxiety States : Report on the use of Diazepam - New  
Zeal,1964. 63,153-6

BLACK, A. " The Natural History of Obsessional Neurosis" - In  
BEECH, H.E. Obsessinal States - Lodon-Mathuen.1974

BOULOGOURIS, J.C. & BASSIOKOS, L. "Prolonged Flooding in Cases  
with Obsessive-Compulsive Neurosis" Behavior Research  
and Theraphy ,1973. 11, 227-31

BREITNER, C. " Drug Therapy in Obsessional States and Other  
Psychiatric Problems " Dis.Nerv. Syst. (Suppl.) 21,31-  
5, 1960.

CADE, J.F. " Lithium Salts in the Treatment of Psychotic  
Excitement." Medical Journal of Australia .1949 ,

36,349-352

CAWLEY, R. H. " Psychoterapy and Obsessional Disorders " - In  
Obsessional States Edited by H.R. EICH. London-Methuen.

1974

DALLY,P. Chemoterapy of Psychiatric Disorders. London. Logos  
Press. 1967. pp. 27,80,114,125.

DE SILVA,P., RACHMAN,S. and SELIGMAN,M. " Prepared phobias and  
Obsessional Therapeutic Outcome " .Behavior Research &  
Therapy.1977 , 15,54-77

D.S.M. III American Psychiatric Association. 1979

D.S.M. III American Psychiatric Association. 1980

EDITORIAL " Supplementary Information about Lithium Treatment of  
Maniac Depressive Disorders " Acta Psychiatric Scand.  
1968, suppl. 203,149

EYSENCK, H. The Dynamics of Anxiety and Hysteria. London  
Routledge and Kegan Paul. 1957

EYSENCK, H. The Biological Basis of Personality. Springfield, Illinois Charles C.Thomas. 1967

FOA, E. ;TILLMANS, A. "The treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis " In A Clinical Guide by Goldenstein,A. New York : John Wiley. 1980

GARAMY, G. , MAY,A.R. & FOLKSON,A. " The Use and Action of Clorpromazine in Psyconerosis ". British Medical Jounal 1954. 2,439-42

GITTLESON, N.L. " The Effects of Obsessions in Depressive Psychosis " . British Journal of Psychiatric . 1966. pp.112,253-259.

GOODWIN, D. , GUZE , S. and ROBINS, E. " Follow-up Studies in Studies in Obsessinal Neurosis " Archive of General Psychiatry. Chicago. 1969 ,20,182-87

HASKAM & MARKS Fears and Phobias . London : Heineman Medical.1969

HACKMAN, A., & MCLEAN, C. "A Comparison of Flooding and Thought-Stopping". Behavior Research and Therapy .1975 pp. 156, 427-431.

HASLAN , M.T. "The Treatment of an Obsessional Patient by Reciprocal Inhibition ". Behaviour Research and Therapy. 1965 ,2, 213-216

HESS,J.P. The Treatment of Obsessional and Phobic States. Dapim Refuim. 1968

HOROWITZ, M., BECKER, R., MOSKOWITZ, M. and RACHID, K. "Intrusive Thinking in Psychiatric Patients after Stress " Psychological Reports. 1972 , 31,235-38

HUNTER, R., MacALPINE,I. The Hundred Years of Psychiatry. London: Oxford University Press. 1963

JANET, P. Les Obsessions et la Psychastenie. Paris : Bailliere.1903 ( 2nd ed. 1908 )

KALINOWSKY,L. B. & HIPPUS, H. Pharmacological, Convulsive and Other Somatic Treatments in Psychiatry. New York and London : Grune & Stratton. 1969

KENDELL, R. E. & DISCIPIO, W. J. " Obsessional Symptoms and Obsessional Personality Traits in Patients with Depressive Illness." Psychological Medicine. 1970, 1,65-72

KERLINGER,F. Fundation of Behavior Research., Holt,Rinehart and Winston, Inc. New York. 1973

KRINGLEN,E. " Obsessional Neurotics: A Long Term Follow-up ". British Journal of Psychiatric. 1965 , 111,709-22

LA BOUCARIE, J., RASCOL, A., JORD, P., GURAUD,B. & LEIGNADIER,H. "Perspective Nouvelles de Traitment des Etats Melancoliques : Etudes Therapeutic dun Antidepressif Majeur la Clhomipramine (dapres 90 obsevations). Medical Review. Toulouse. 1967 , 3,863-72

LANG,P., MELAMED, B.G. and HART, J. " A Psychophysiological Analisis of Fear Modification Using an Automated Desensitization Procedure " . Journal of Abnormal Psychology. 1970 , 72,220-34

LEHMANN, H.E. " Psychopharmacological Treatment of Schizophrenia ".  
Schizophrenia Bulletin. 1975, pp.13 , 27-45

LETTNER, H. " Obsessão e Compulsão " . Em Manual de Psicoterapia  
Comportamental. Editado por H. LETTNER e B. RANGE.  
Manole. 1988 , 225-35

LETTNER, H., RANGE, B. Manual de Psicoterapia Comportamental. São  
Paulo. Manole. 1988

LEWIS, A.J. " Obsessional Disorders " In Prince's Text Book of  
Practice of Medicine. by R. Scott. London : Oxford  
University Press. 1966

LEWIS, A.J. " Behavioral Treatments of Phobic and Obsessive  
Disorders : A Critical Appraisal." In Progressive Behavior  
Modification. Edited by HERSEN,R., EISLER and MILLER.  
Academic Press. 1966 , 10,207-241

MAILET-JURQUET et al La Chlorimipramine Traitment Rarefeur des  
etats Depressifs (apropos de 103 cas, traités par  
perfusion intraveneuse). Encephale. 1970 , 59,180-8

MARKS Fears and Phobias. London : Heineman Medical. 1969

MAUDSLEY,H. The Pathology of Mind. Ed . revised. London : MacMillan. 1895

MEYER,V., LEVY and SCHNURER " The Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders ". In BEECH,H.R. Compulsive States. London: Methew. 1974

MEYER, V. " Modification of Expectations in Cases with Obsessional Rituals ". Behavior Research and Therapy. 1966 , 4,273-80

MEYER, V., TURKAT,I. D. " Behavior Analisis of Clinical Cases " . Jounal of Behavioral Assesment. 1979, 1,259-270

MILLER, P. M. & EISLER " Alcohol and Drug Abuse ". In Behavior Modification : Principles, Issues and Application. Boston. Houghton Mifflin . 1976

MOWRER, O.H. Learning Theory and Brhavior. New York. Willey. 1960

NEMIAH, J. C. " Obsessive Compulsive ". In Freedman,H.I., Kaplan & Sadock,B. J.Comprehensive Texbook of Psychiatry II. Vol.I. 1975

ORVIN, G.H. Treatment of the Phobic Obsessive Compulsive Patient with Oxazepam, and Improved Benzodiazepin Compound. *Psychosomatic*, 1967, 8, 278-80

RABAVILLAS, A. & BOULOGOURIS, J. " Physiological Accompaniments of Ruminations, Flooding and Thought-Stopping in Obsessional Patients" *Behavioral Research & Therapy*. 1974, 12, 239-44

RACHMAN, S. The Effects of Psychotherapy. Oxford :Pergamon Press. 1971

RACHMAN, S. " Some Similarities and Differences Between Obsessional Ruminations and Morbid Preoccupation ". Canadian Psychiatric Association Journal. 1973, 18, 71-74

RACHMAN, S. " The Modification of Obsessions: a new formulation ". *Behavior Research and Therapy*. 1976, 14, 437-43

RACHMAN, S., DE SILVA, P. " Abnormal and Normal Obsessions. " *Behaviour Research & Therapy*. 1978, 16, 233-48.

RACHMAN,S., HODGSON,R.S. Obsessions and Compulsions. London.  
Englewood ,Prentice Hall International. 1980

RACHMAN,S., HODGSON,R., MARZILLIER,J. "Treatment of an Obsessive-  
Compulsive Disorders by Modeling." Behavior Research and  
Therapy. 1970 , 8,385-92

REITER,P.J. "Erfahrungen Nuit Luvatreu Bei Ambulauten,  
Psychiatrischen." Schweiz Ach. Neurol. Neurochir.  
Psychiat. 1969 , 164,169-78

ROSENBERG,C.M. "Complications of Obsessional Neurosis". British  
Journal of Psychiatric. 1968, pp. 114,477-478.

ROTH,M. Physical Methods of Treatment in Mental Disease.  
Pactitioner, 1965, 613-30

SARGANT,W. & SLATER,E. "Discussion on the Treatment of  
Obsessional Neurosis ". Proc. Roy. Soc. Med.,1950 ,  
43,1007-10

SCHWARTZ,G. Cardiac Response to Self- induce Thoughts  
Psychophysiology . 1971 , 8,462-67

SHACKLETON,C.H. Satiation Treatment for Obsessinal Ruminations.  
M.PHIL.Dissertation. University of London. 1977.

SHOPIN, B. & GERSHON, S. "The Current Status of Lithium in Psychiatry." American Journal of Medical Sciences. 1974

SKOOG,G. " The Anancastic Syndrome" Acta Psychiatrica et Neuropathologica Scandinavica, Suppl.134, 1959

SLATER,E. ROTH,M. " Obsession and Compulsion" In Clinical Psychiatry Meyer -Gross ,W.; Slater,e. & Roth,M., London : Bailliere, Tindall & Cassel. 1969

SOLYOM et al " Aversion Relief Treatment of Obsessive Neurosis." In Advances in Behavior Therapy . Comprehensive Psychiatry, Academic Press. 1971

STERN,R.S. " Behavior Psychotherapy Modification " In Hersen,M. & Bellack A.S. Behavior Therapy in Psychiatric Setting. Baltimore : The Williams & wilkins Company, 1978

STRUGIS, E.T. and MEYER, V. " Obsessive-Compulsive Disorders " In  
Turner,S.M., Caulhoun, K.S., Adams,H.E. Handbook of  
Clinical Behavior Therapy . New York:John Wiley & sons.  
1981 , 13,375-83

TEMPLER,D.I. " The Obsessive-Compulsive Neurosis ". Review of  
Research Findings. Comparative Psychiatry.1972

TURKAT,I.D.; MEYER,V. "The Behavior Analytic Aproach". In  
Wachtel,P.L. Psychoanalytic and Behavioral Aproaches.  
New York : Plenum Press.1982

TURKAT,I.D. "A Critical Apraisal" In Progressive Behavior  
Modification Edited by Hersen,R.M. and Miller,P.M.. New  
York Acad. Press. In Press

TURKAT,I.D. " The Behavioral Interview." To appear In  
Ciminero,A.C.,Calhouw,K.S. and Adams,R. G. Handbook of  
Behavioral Assessment New York : Willey & sons . In  
Press.

TURNER,S.M., BELLACK,A.S. and WELLS,K.C. " Behavioral Treatment  
of Obsessive-Compulsive Neurosis. " Behavior Research  
and Therapy. 1979

VAN RENYGHE de VOXRIE,G. " Lanafraenil dans la Obsession." Acta.  
Neurol. Belg. 1968, pp. 787-92

VENKOBA,R.A. "A Controlled Trial With "Valium" in Obsessive  
Compulsive States". Journal Indian Medical  
Association, 1964 , 42,564-7

WALTON,D. & MATHER " The Application of Comprehensive Neurosis"  
Comprehensive Psychiatry, 1963,pp. 527-39

WILLIET,R.A." Obsessiv-Compulsive" In Eysenck, H.J. Handbook of  
Abnormal Psychology. London : Pitman Med. Publishing  
Co.1960 , chapter 15,566,601 , 602

WILNER,A.,REICH,T.,ROBINS,I., FISHMAN,R. and Van DOREN, T. "  
Obsessive-Compulsive Neurosis" Comprehensive Psychiatry  
1976 pp.527-39

WOLPE,J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.Stanford,  
Calf.:Stanford University Press, 1958

YARYURIA-TOBIAS,J.A., NEZIROGH,F. & BERGMAN,L. " Chlorimipramine  
for Obsessive-Compulsive Neurosis : An Organig Approach. "  
Current Therapy Research, 1976,pp.541-548

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

GRUPO:

NOME:

ENDERECO:

TELEFONE:

PROFISSÃO:

ENDERECO:

TELEFONE:

ESTADO CIVIL:

DATA NASC:

RESULTADO DO TESTE DE BECK

I - QUEIXA PRINCIPAL:

II - HISTÓRIA PREGRESSA:

III - MEDICAÇÃO UTILIZADA:

IV - DESCRIÇÃO DOS RITUAIS E/OU PENSAMENTOS:

V - SINTOMAS ASSOCIADOS:

VI - ACOMPANHAMENTO SEMANAL:

VII - FOLLOW - UP -

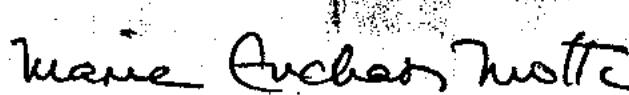
VIII - OBSERVAÇÕES:

**REGISTRO DE FREQUÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da  
Banca Examinadora os seguintes Professores:

  
HARALD LETTNER  
PUC/RJ

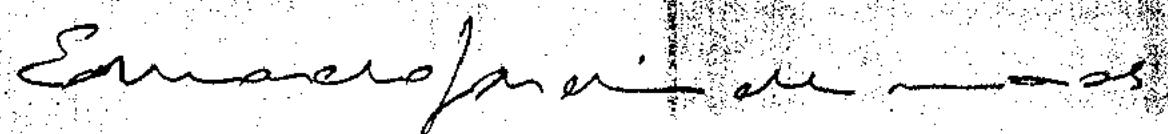
  
BERNARD RANGE  
PUC/RJ

  
MARIA EUCHARES DA SENNA MOTTA

PUC/RJ

Visto e permitida a impressão.

Rio de Janeiro,



EDUARDO JARDIM  
Coordenador dos Programas de Pós-graduação do  
Centro de Teologia e Ciências Humanas