

# Neurose obsessivo-compulsiva: estudo formal e terapêutica de um caso

FILIPPE D. REIS \*

## INTRODUÇÃO

A neurose obsessiva está para a terapia comportamental como a epilepsia está para a psiquiatria orgânica e a histeria para a psicanálise.

É frequente os terapeutas comportamentais considerarem que as suas técnicas de intervenção vieram, de uma maneira geral, modificar o prognóstico da neurose obsessivo-compulsiva. Perturbação considerada de prognóstico reservado, fracos eram os resultados até então conseguidos através das formas «clássicas» de intervenção; a psicanálise, a leucotomia e a psicofarmacoterapia.

Vários têm sido os estudos estatísticos feitos pelos diversos terapeutas no sentido de explicitarem em termos «objectivos» a eficácia das suas técnicas. Assim, M. Sternberg (1974), citando estatísticas de vários autores, possibilita-nos constatar que a ordem de sucesso da leucotomia é cerca de 50 %, o que corresponde a uma igualdade de probabilidades entre o sucesso e o fracasso. Também Robert Cawley (1974), citando um trabalho realizado na Tavistock Clinic com obsessivo-compulsivos refere um nível de sucesso da ordem dos 59 %.

Quanto à terapia comportamental, Victor Meyer (1974) obteve resultados de sucesso da ordem dos 75 %, num estudo terapêutico com neuróticos obsessivos.

Embora tais trabalhos mereçam uma análise detalhada que deva considerar aspectos que vão desde as características clínicas dos sujeitos às motivações para o tratamento, ao número de sessões realizadas e estudos catamnésicos, para somente citar alguns dos que afectam significativamente os resultados, eles dão-nos uma ideia da «potencialidade» terapêutica das diversas técnicas.

Considerando que cada técnica tem um valor relativo, variável com a sua incidência mais numa ou outra área, Robert Cawley (1974) comparou as diversas técnicas, relativamente às áreas de predominância de efeitos, como se verifica no quadro I.

O caso que vamos seguidamente analisar trata de uma mulher com o diagnóstico psiquiátrico de neurose obsessivo-compulsiva, tendo sido tratada no âmbito das actividades do G.E.T.R.<sup>1</sup>.

\* F. D. R. é psicólogo e médico. Professor de Psicologia Clínica Experimental no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

<sup>1</sup> Grupo, já extinto, de Estudos e Terapia Reflexológica do Hospital Júlio de Matos, orientado pelo Dr. Afonso de Albuquerque, um dos introdutores da «psicoterapia comportamental» no nosso país. Tratava-se de um grupo de trabalho constituído por psiquiatras, psicólogos, médicos e estudantes de Psicologia.

QUADRO I  
COMPARAÇÃO DOS VÁRIOS TIPOS DE TRATAMENTO

Incidências do tratamento	Principais tipos de tratamento				
	Terapia comport.	Psicofarm.	Psicoterapia sens lato	Psicoterapia informal	Psicoterapia formal
Sintomas	•	•	•		
Perturbações fisiológicas		•			
Anomalias comportamentais	•		•		
Adaptação pessoal			•	•	
Mal-estar subjectivo				•	
Perturbações intrapsíquicas					•

### DESCRIÇÃO DO CASO

M. C. foi enviada ao Grupo pelo seu psiquiatra após vários meses de tratamento psicofarmacológico sem obtenção de resultados terapêuticos evidentes.

Telefonista de profissão, casada e com trinta e um anos de idade, quando a observámos<sup>2</sup> pela primeira vez, em 15 de Janeiro de 1974, pareceu-nos bastante ansiosa, assim como o marido que a acompanhava, e com alguns preconceitos acerca das doenças mentais.

Estabeleceu facilmente boa relação connosco mostrando-se motivada para o tratamento, que lhe foi detalhadamente explicado após feita a anamnese.

Da sua história pessoal valorizámos os seguintes aspectos, que passamos a expor de forma sucinta:

- forte sentimento de culpa que exprimia nas suas ideias obsessivas e se relacionava com uma experiência sexual havida com um ex-namorado;
- apesar do seu esforço para se libertar delas, estas ideias assaltavam-lhe o pensamento várias vezes por dia.

Facto importante foi ter-nos revelado ser esta a primeira vez que descrevia a «tal» experiência «traumatizante» a um psicoterapeuta.

A ideação obsessiva provocava-lhe grande ansiedade que procurava aliviar dizendo ao marido o que se tinha passado, pois caso o não fizesse receava ser por ele considerada como esposa «infiel», e abandonada. Contudo, tal redução da ansiedade era temporária. Passadas algumas horas de novo era assaltada pela «dú-

vida» de ter ou não contado, acabando nestas circunstâncias por voltar a descrever o sucedido.

Perante esta situação preferia dar-se como «culpada» a esconder factos comprometedores acerca dos quais tinha dúvidas de já ter ou não revelado ao marido: «se não conto o que fiz, acho que não sou boa esposa, que não lhe sou fiel».

Havia quase dois anos que este conflito durava; a partir de então passou a contar várias vezes por dia a «experiência traumática» que tivera com o antigo namorado. Também a percepção dos objectos que de algum modo estivessem relacionados com aquele desencadeava nela reacções fóbicas e rituais compulsivos de lavagem.

De outros objectos já se tinha desfeito, mas outros ainda se encontravam numa gaveta na qual evitava tocar. Destes, os que maior ansiedade lhe provocavam eram fotografias que em tempos foram manipuladas pelo ex-namorado, assim como um jogo de loto que este lhe oferecera.

Os rituais compulsivos de lavagem fazia-os sempre que se sentia «contaminada». Ultimamente tinham-se tornado extensivos a todos os «contactos» com objectos ou pessoas «sujas». Quando em sua casa entrava qualquer pessoa que por acaso tocasse num objecto «contaminado», M. C. ficava muito ansiosa e socorria-se de todos os seus rituais, fuga, evitação e lavagem, como forma de reduzir a forte ansiedade que sentia. Esta traduzia-se fundamentalmente em taquicardia, palpitações, dispneia, tremores e sensação de compressão cefálica.

Na formalização destes factos valorizaremos por um lado a ansiedade despertada pelo intenso sentimento de culpa, o qual constituiu o núcleo de um conflito entre a necessidade de contar ao marido o sucedido, como forma de

<sup>2</sup> Doente tratada por nós próprios em colaboração com o Dr. Júlio Pego.

desculpabilização e o receio de ser por ele rejeitada. Mais adiante voltaremos a analisar este conflito; contudo, ele somente não explica o aspecto paradoxal da repetição obsessiva dos acontecimentos vividos. Esta parece-nos ser, em parte, também devida à ansiedade evocada pela presença de objectos ou situações simbolicamente reactivantes da sua «culpa».

A origem e evolução deste sentimento de «culpa» é o aspecto que vamos agora analisar.

Dos seus antecedentes pessoais: infância, adolescência e história familiar, não encontramos qualquer facto relevante que pudesse servir de elo de ligação, com nexos causal, para além da sua educação e preconceitos culturais relativamente à prática sexual pré-matrimonial.

M. C. namorou três rapazes antes de conhecer o seu actual marido. O último dos namorados foi aquele com o qual ocorreu a experiência traumatizante.

Um dia, quando este se encontrava doente, foi visitá-lo. Uma vez no seu quarto refere que ele a agarrou e, puxando-a para junto de si, tentou iniciar uma relação sexual. M. C. reagiu negativamente afastando-se dele. Segundo nos disse: «ele quis aproveitar-se da situação para abusar»... «sujando-me» (ejaculação para o vestido). Esta era a única experiência vivida durante os namoros que lhe evocava «ansiedade» e sentimentos de «culpa». Após tal facto terminou o namoro. Nesta altura referiu-se a este namorado como sendo aquele de quem menos gostou, não sentindo qualquer afeição por ele.

Três anos depois do seu casamento, M. C. sentiu pela primeira vez necessidade de dizer ao marido o que se tinha passado. A causa da reactivação de um problema «adormecido» pareceu-nos ser devida ao facto de na altura temer que o marido a abandonasse. Os «ciúmes» que então sentia por este chegar tarde a casa levaram-na a achar-se «indigna» e «infiel» ao marido.

Durante cerca de uma semana andou ansiosa e deprimida, após o que decidiu contar a «experiência traumatizante» já citada. O marido revelou compreensão e disse-lhe que tal facto em nada alterava a sua «afectividade» por ela.

Decorridos quatro anos M. C. começou com os rituais de lavagem. Estes, mais incapacitantes que o comportamento fóbico, ocorriam sempre que «contactava» com objectos «sujos» ou quando passava por lugares também considerados «sujos», como por exemplo a loja das hortaliças e outros.

Quando o marido teve conhecimento destes rituais convenceu-a a consultar um psiquiatra. Tinha nessa altura uma «sintomatologia depressiva», «ansiedade» e «rituais».

Medicada com psicofármacos continuou a sentir-se mal, pois embora se achasse mais «descontraída» dormia muito e não deixava de ter os mesmos problemas. Andou em tratamento mais de um ano sem que obtivesse melhoras evidentes.

No Verão de 1972, quando um dia se encontrava numa praia da Costa, viu o antigo namorado que acidentalmente se cruzou com ela. Sem que a tivesse visto, salpicou-a involuntariamente. Ficou muito ansiosa e sentiu-se como tendo sido «contaminada». Ao chegar a casa tomou banho e lavou toda a roupa que trazia consigo. A partir de então os seus problemas psicológicos agravaram-se. A necessidade de contar ao marido a «experiência traumatizante» aumentou e havia já cerca de dois anos, até ao momento em que a observámos pela primeira vez, que contava repetidas vezes por dia o mesmo episódio. Quando o marido, por qualquer razão, não a queria ouvir ficava ansiosa.

De início a formulação que fizemos deste caso enquadrava-se unicamente numa concepção «comportamentalista». Alguns factos de ordem cognitiva não eram considerados. A descontinuidade lógica na evolução das perturbações de M. C. levou-nos a procurar uma nova abordagem. Esta trata-se da «teoria do conflito» decorrente dos trabalhos de K. Lewin (1931) e N. E. Miller (1944) que nos possibilita relacionar o «comportamento aberto», explicitado pelo sujeito, com as «motivações subjacentes», assim como com as suas «significações» e «fantasias».

Dos vários tipos de conflito, o de «aproximação-avoidância» presta-se para compreendermos o comportamento de dúvida (indecisão) considerando a dupla variação dos seus «gradientes», respectivamente de «aproximação» e «evitação».

Paradigma proposto por K. Lewin, a propósito da «teoria de campos» e estudado de forma experimental por N. E. Miller, permite-nos conceber um «sistema de forças» a que o sujeito é submetido quando em determinadas circunstâncias. Irving L. Janis (1969) empregou-o no estudo formal de determinados casos clínicos.

Relativamente ao caso que agora analisamos é possível constatar a existência de dois conflitos estreitamente relacionados nas suas componentes simbólicas. O primeiro ocorrendo quando da «experiência traumatizante» com o namorado, onde o «impulso sexual» (componente de

aproximação) é inibido pelos «padrões morais» e afectivos (componente de evitação) e se traduz pela interiorização de um sentimento de «impureza» e «culpa». O segundo ocorrendo quando da reactivação das perturbações psicológicas devido aos «ciúmes» do marido, posteriormente agravado após o encontro accidental com o namorado na praia.

O primeiro conflito dá-se quando da situação em casa do namorado. Aí a «ambiguidade» entre o desejo de aproximação e o desejo de evitação motivados respectivamente pelo «impulso sexual» e pelos «padrões culturais» e ansiedade, interligados por uma relação de significação, levam-na à rejeição do contacto sexual; «componente de evitação». Entre as duas componentes estabelece-se um ciclo vicioso que só é rompido quando o namorado a força ao contacto sexual. O que reactivamente a faz sentir-se «impura» e «culpada». Mais tarde, quando já casada e tendo como factor desencadeante os atrasos sistemáticos do marido, dá-se a reactivação dos sentimentos de culpa agora traduzidos na representação projectiva do «ciúme» e da «infidelidade» que lhe provoca simultaneamente o «receio de ser abandonada». Estabelece-se deste modo uma relação significativa entre o presente e as experiências vividas num passado relativamente longínquo, que se traduz por uma indecisão entre o dizer e o não-dizer.

O segundo conflito formaliza-se da seguinte maneira: o factor desencadeante é, como já dissemos, a «ausência» do marido que desperta nela os sentimentos de «culpada», de «infiel» e «impura». Estes motivam-na a contar o sucedido; «componente de aproximação». Por outro lado temos de considerar as consequências, como o medo de ser abandonada, que a levam a não contar; «componente de evitação». Esta componente inibe a primeira, criando-se assim um ciclo vicioso de activação-inibição.

Através de um processo de «racionalização» M. C. considera preferível contar o sucedido (experiência traumatizante) do que dar-se como «culpada». Esta forma de reduzir a tensão emocional leva à formação de novo ciclo vicioso onde a mediação da ansiedade e o surgimento de outros factores contribuíram para perpetuar as suas perturbações. Estes outros factores são, por um lado, a redução temporária da ansiedade (desculpabilização) quando descreve o sucedido, por outro a generalização dos sintomas a novas situações (generalização semântica).

É assim que compreendemos o seu comportamento quando salpicada na praia. Por se con-

siderar «impura» e «suja» generaliza a ideia de «contaminação». A lavagem compulsiva e ritualizada é pois uma forma de purificação que a alivia temporariamente da ansiedade provocada pela ideia de poder estar «suja».

A fobia dos contactos inicialmente restrita a objectos que pudessem evocar a experiência traumatizante generaliza-se e o seu «mundo» vai ficando progressivamente mais contaminado. Neste sentido podemos dizer que a neurose obsessivo-compulsiva é uma perturbação que evolui para formas cada vez mais incapacitantes.

## O TRATAMENTO

Foi com este quadro: ansiedade, depressão, fobias, rituais e ideação obsessiva, que encontramos M. C. pela primeira vez.

A sua expectativa no tratamento era grande e logo nas primeiras sessões tivemos de desfazer alguns preconceitos, relativos à «loucura», que muito a preocupavam. Durante as primeiras cinco sessões fizemos uma análise detalhada das suas queixas. O plano terapêutico elaborado na altura tinha por objectivo quebrar os «círculos viciosos» que perpetuam as relações significantes e atitudes reguladoras do comportamento inadequado e incapacitante. A vida profissional de M. C. há já algum tempo vinha sendo afectada. Deprimida e irritável, dificilmente se relacionava com os colegas de trabalho e os clientes.

As técnicas terapêuticas adoptadas foram a «modelagem» e a «exposição» em imaginação e ao vivo, na última sessão em sua casa.

Ao longo de todo o tratamento foram feitas doze sessões. Em todas se teve em conta a importância da modificação de atitudes, pelo que foi dado grande ênfase à «reestruturação cognitiva».

Pretendendo dissociar a ansiedade das «representações mentais» que a evocavam, os terapeutas, depois de ensinarem M. C. a controlar a ansiedade através da relaxação muscular, funcionaram como agentes modeladores de conduta manipulando na sua presença os objectos que receava. Este facto, tal como foi estudado por Bandura (1969), além de motivar o sujeito

para enfrentar a situação que teme produz nele uma «extinção vicariante».

Foram feitos vários exercícios ao longo das sessões. Pela décima, iniciou-se a «exposição em imaginação», que consistiu na indução da ansiedade através da visualização da «cena traumatizante». Reagindo inicialmente com forte ansiedade, progressivamente a foi controlando até que por fim tal imagem já lhe era indiferente. Numa das últimas sessões, em sua casa, M. C. mostrou-se extremamente colaborante e rapidamente superou as poucas dificuldades que ainda tinha.

## AS VARIÁVEIS

O controle das variáveis reveste-se de grande importância para os psicoterapeutas comportamentais. É através dele que se pode avaliar a evolução das «atitudes» e «sintomas» do sujeito. Foi feito com «auto-avaliadores» (escala subjectiva de oito pontos), «escala de sintomas» e uma «escala de conotação de conceitos»<sup>3</sup>.

Relativamente à «auto-avaliação» de fobias, evitações e ansiedade, feita no início de cada sessão, notou-se um progressivo decréscimo das dificuldades sentidas pelo sujeito, como se observa no quadro II:

QUADRO II  
AUTO-AVALIAÇÃO (0 a 8) \*

Sessões	Ansiedade	Fobias	Evitações
2. <sup>a</sup>	6	5,6	6
3. <sup>a</sup>	5	3,8	4,4
4. <sup>a</sup>	2	3,6	4,8
5. <sup>a</sup>	2	2,4	3,6
6. <sup>a</sup>	2	2,2	3,6
7. <sup>a</sup>	1,5	1,4	2,4
8. <sup>a</sup>	2	1,2	2,8
10. <sup>a</sup>	1	0,6	1,2
11. <sup>a</sup>	1	1	0
12. <sup>a</sup>	1	0	0
Catamnese **	1,5	0	0

\* Valores médios para cada um dos sintomas.

\*\* Catamnese efectuada quatro anos e meio após o tratamento.

<sup>3</sup> Adaptação do «diferenciador semântico» com uma só dimensão, a avaliativa, destinada a determinar a variação de atitudes ao longo das sessões terapêuticas.

Também a «avaliação de sintomas» revelou grande diferença entre o início e o fim do tratamento. Sendo neste questionário a cotação máxima possível igual a 90 pontos, M. C. obteve inicialmente 50, e no fim apenas 7 pontos.

Quanto à «escala de conotação semântica de conceitos» foi utilizada para avaliar a mudança de atitudes através dos seguintes conceitos: «objectos oferecidos», «namorado», «marido» e «eu-própria». Aplicada em quatro das sessões os seus valores revelam uma evolução para a «neutralidade», à excepção do conceito de «marido» que permanece sempre com uma «conotação positiva». Veja-se o quadro III.

QUADRO III  
CONOTAÇÃO SEMÂNTICA DE CONCEITOS

Conceitos	Início do tratamento	Fim do tratamento
«Namorado»	Negativa	Neutra
«Objectos oferecidos»	Negativa	Neutra
«Eu-própria»	Neutra	Neutra
«Marido»	Positiva	Positiva

Empregámos também uma «escala de avaliação psiquiátrica», aplicada por um observador independente, outro psicólogo não integrado no processo terapêutico.

Esta avaliação foi feita em dois momentos, antes e após o tratamento. Consiste numa abordagem por áreas: fobias, evitações, depressão, ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos, adaptação ao trabalho, adaptação doméstica, tempos livres, adaptação sexual, social e familiar.

A pontuação é atribuída segundo uma escala subjectiva de 0 a 8 pontos de modo semelhante à «avaliação de sintomas». A análise dos valores médios (quadro IV) revela também nítida diferença em algumas das áreas antes e após o tratamento<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> A pouca variação encontrada nas áreas da «depressão» e «ansiedade» deve-se, quanto a nós, ao facto de na altura em que foi feita a última avaliação ter ocorrido o falecimento de um parente próximo.

QUADRO IV  
 AVALIADOR INDEPENDENTE

Áreas	Pré-tratamento	Pós-tratamento
Fobias	2,8	0,6
Evitações	5,6	0,4
Depressão	3	2
Ansiedade	4	2
Sint. obsess.-compuls.	4	0
Adaptação profissional	2	0
Adaptação doméstica	4	0
Tempos livres	1	0
Adaptação sexual	4	0
Adaptação social	5	0
Adaptação familiar	0	0

## DISCUSSÃO

Alguns dos aspectos susceptíveis de provocarem discussão relacionam-se obviamente com as questões já clássicas; simples tratamento dos sintomas, permanência do conflito intrapsíquico e a conseqüente substituição de sintomas.

Quer um quer outro relevam de expectativas teóricas que de facto não encontraram, de forma evidente, confirmação na catamnese por nós efectuada, quatro anos e meio após o tratamento. Havemos de referir, contudo, uma disfunção sexual surgida posteriormente ao tratamento e por nós considerada como uma conseqüência da dinâmica afectiva do casal. Aqui a nossa dúvida...

Outro dos aspectos teóricos cuja consideração nos parece pertinente refere-se à conceptualização dos rituais e ao seu valor funcional. Trata-se sem dúvida de um problema teórico de grande interesse, dadas as implicações terapêuticas que tem neste tipo de intervenção.

Para muitos dos terapeutas comportamentais os rituais compulsivos constituem padrões aprendidos por ensaio e erro, tendo a propriedade de, ao mesmo tempo que reduzem a ansiedade, serem reforçados por esta, que actua assim como um reforço negativo. Contudo duas questões se nos põem: a) como explicar, pois, segundo esta óptica, que em quadros clínicos semelhantes haja também grande semelhança nas formas ritualísticas de reduzir a ansiedade (evitações, fugas e comportamentos deslocados)?

Será que uma tal semelhança se pode explicar somente através de um processo de ensaio e erro? b) qual a relação ou relações entre a ansiedade e os rituais compulsivos?

Relativamente à primeira das questões, parece-nos que um tal processo é manifestamente insuficiente para explicar a ontogénese dos rituais compulsivos, uma vez que estes pressupõem grande similitude de contingências ambientais para os diferentes indivíduos na mesma situação clínica. Por outro lado, também nas suas histórias clínicas nem sempre encontramos evidência da formação progressiva de padrões de resposta, os quais na maioria das vezes logo de início se mostram já muito complexos.

Se em alguns casos a «racionalização» pode ser a forma como o sujeito relaciona um ritual compulsivo com o seu estado emocional, como por exemplo em certos casos de «fobias de contaminação» onde os rituais de lavagem adquirem o valor simbólico de «purificação», já o mesmo argumento não poderá ser utilizado quando se trata de rituais compulsivos ditos «mágicos». Nestes, parece-nos faltar qualquer relação semântica aparente entre o motivo que gera a ansiedade e a forma utilizada para a controlar. Nesta encruzilhada teremos de aceitar a possibilidade de existência de uma «estrutura» (organização da personalidade) que nos permita compreender o porquê desta relação. Isto, uma vez que nos parece também manifestamente insuficiente a concepção skinneriana do comportamento «supersticioso», aqui tido como sinónimo de «mágico».

O paradigma do condicionamento operante, ou em sua alternativa o conceito de «ansiedade flutuante», que postula a generalização indeterminável a estímulos, pelos quais posteriormente seria desencadeada, reforçando-se assim os comportamentos «mágicos»!

Para além das considerações já feitas, a propósito dos rituais, adaptáveis a este caso agora referido, cabe aqui acentuar ainda que esta concepção não tem em conta os aspectos culturais e «culpabilizantes» que muitas vezes neles se encontram. Poderíamos citar como exemplo o

caso de um indivíduo cujas ideias obsessivas se relacionam com sentimentos de culpabilidade. Receava dizer-se culpado dos crimes que diariamente eram citados pelos meios de comunicação social, assim como dizer-se comunista às autoridades, isto antes de Abril de 1974. Após esta data um dos aspectos do seu receio alterou-se passando então a temer dizer-se agente da PIDE. Este caso ilustra a relação estreita entre os aspectos sociais e o conteúdo das ideias obsessivas que — apesar dos primeiros se modificarem — não alteram contudo os sentimentos de «culpabilização» e os rituais que utilizava.

A ideação obsessiva, os rituais e os comportamentos de evitação, constituem neste caso como que uma «estrutura» cujas relações significantes o sujeito manteve ao longo dos anos, adaptando-se às circunstâncias históricas-individuais (transformações sociais e experiências traumatizantes) sem nelas encontrar qualquer contradição lógica ou perplexidade reflexiva. Como então recorrer à explicação do paradoxo neurótico dada por Mowrer, citado por Brendan Maher (1966).

Poder-se-á aceitar que a relação entre o pensamento e a acção seja incoerente enquanto a ansiedade passe a ser toda-poderosa para os dissociar?

Aceitarmos uma outra forma de análise tendo por base os actuais conhecimentos da Etologia, atribuindo aos rituais uma determinante filogenética, que mesmo apesar de poderem ser vistos como comportamentos «deslocados», tivessem a propriedade de controlar a ansiedade? Seria útil para se compreender a regressão, a dependência ou os rituais mágicos, mas o mesmo já não sucederia quanto aos comportamentos que apresentam relações de significação entre as causas da ansiedade e as formas de a controlar.

Parece-nos lícito então aceitar existir uma diferença de processos, quer num caso quer noutra. Será a causalidade relativa a cada um, o motivo diferenciador da sua estrutura e evolução? Ou serão a ansiedade, nos seus aspectos

qualitativos e quantitativos assim como os factores da sua manutenção os responsáveis por tal facto?

## RESUMO

*Trata-se do estudo de um caso clínico diagnosticado de neurose obsessivo-compulsiva com alguns anos de evolução e de tratamento psicofarmacológico sem melhoras evidentes. O autor faz uma breve análise das perturbações do sujeito à luz da teoria do conflito de K. Lewin e N. Miller.*

*O sujeito é do sexo feminino, casada, com trinta e um anos de idade e telefonista de profissão.*

*Basicamente o tratamento seguiu os paradigmas da «modelagem» e da «exposição» (flooding) em imaginação e ao vivo. Ao longo do processo terapêutico foi dado grande ênfase à reestruturação cognitiva.*

*Fizeram-se doze sessões, uma das quais em casa da própria doente.*

*Os métodos de avaliação empregues revelaram, de uma maneira geral, melhoras evidentes no controle da ansiedade, nas fobias, evitações e rituais.*

*Também se verificou uma mudança de atitudes em relação a alguns conceitos. A adaptação social, profissional e familiar revelou melhoras consideráveis.*

## SUMMARY

*This is a study of a clinical case diagnosed as obsessive and compulsive neurosis, evolving along some years and being treated by psychopharmacologic means without clear improvement.*

*The author briefly analyses the disturbances according to the K. Lewin and N. Miller's conflict theory.*

*It concerns a female, thirty one years old, married, whose profession is telephonist. The treatment followed, basically, the principles of «modeling» and «flooding» techniques in imagination and real life. A great emphasis is given to the cognitive restructuring throughout all the psychotherapeutic process.*

*Twelve treatment sessions were carried out, one of them in the patient's home. The evaluation methods showed, in a general sense, evident improvement as far as control of an-*

xiety, fears avoidances and rituals were concerned. Also a change in attitude towards some of her concepts was noticed.

The social, professional and familiar adaptation showed considerable improvement.

#### REFERÊNCIAS

- BACHRACH, A. (1972)—*Fundamentos Experimentais da Psicologia Clínica*, Herder, São Paulo, Brasil.
- BANDURA, A. (1969)—*Principles of behavior modification*, Holt, Rinehart & Winston, London.
- BRENDAN, A. B. (1966)—*Principios de Psicopatología — um Enfoque Experimental*, Ediciones del Castillo, S.A., Madrid.
- CAWLEY, R. (1974)—«Psychotherapy and obsessional disorders», in Beech, H. R. *Obsessional States — Methuen's Manuals of Modern Psychology*, London.
- JANIS, I. L. (1969)—*Personality*, Harcourt, Brace and World, Inc., New York.
- LEWIN, K. (1931)—«Environmental forces in child behavior and development», in Murchison, C. (ed.) *A Handbook of Child Psychology*, Worcester Clark University Press.
- MARTIN, D. (1972)—*Learning Based Client Centered Therapy*, Cole Publishing Company, Monterey, California.
- MEYER, V. e CHESSER, E. (1970)—*Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry*, Penguin Books, England.
- MEYER, V.; LEVY, R. e SCHNURER, A. (1974)—«The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders», in Beech, H. R. *Obsessional States — Methuen's Manuals of Modern Psychology*, London.
- MILLER, N. E. (1944)—«Experimental studies of conflict», in Hunt, J. Mc. V. (ed.) *Personality and Behavior Disorders*, Ronald Press, New York.
- STERBERG, M. (1974)—«Physical treatments in obsessional disorders», in Beech, H. R. *Obsessional States — Methuen's Manuals of Modern Psychology*, London.