

Tratamento de um caso de neurose obsessivo-compulsiva por treino de auto-afirmação

JOSE PINTO GOUVEIA
JOÃO DOS SANTOS RELVAS *

A história clínica resumida e simplificada deste caso, ilustra as considerações feitas na parte final do trabalho anterior¹ sobre a formulação e tratamento da neurose obsessivo-compulsiva.

MOTIVO DA CONSULTA

O doente, do sexo masculino, solteiro e com vinte anos, estudante universitário, foi enviado à nossa consulta para terapêutica do comportamento, com o diagnóstico de neurose obsessivo-compulsiva.

DESENVOLVIMENTO E HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Nascido numa pequena aldeia e filho de pais agricultores bastante pobres, que já tinham duas outras filhas um pouco mais velhas. Parto difícil, em casa e sem assistência médica. A mãe começa a ficar parálitica quando ele tinha

seis meses e, em razão disto, foi trazido para Coimbra, para casa de umas pessoas amigas, onde foi criado e tem vivido desde essa altura.

A mãe faleceu pouco tempo depois. O pai, que já era um bebedor excessivo, passa a andar permanentemente embriagado, tendo falecido quando o nosso doente tinha dezassete anos.

A partir da vinda para Coimbra só tinha contactos com o pai e as irmãs uma vez por ano e durante poucos dias, ficando sempre impressionado pela extrema miséria em que viviam e sentindo que teria imensas dificuldades se tivesse que se adaptar àquela vida.

A família em que passou a viver, da média burguesia, era constituída por um casal com duas filhas, tendo o marido ficado inválido quando o nosso doente tinha doze anos e falecido pouco tempo depois. A filha mais nova casou quando ele tinha sete anos e a mais velha quando tinha doze. Tratavam-no como um irmão bastante mais novo. Preferia a mais velha. Quem assumiu o papel de mãe foi a esposa, a que o nosso doente se refere sempre designando-a por «a senhora».

Foi superprotegido pela mãe e irmã adoptivas que não o deixavam sair à rua para brincar com as outras crianças e que sempre desencorajaram a sua autonomia.

Sempre muito delicado e respeitador das formalidades sociais, brincando sempre em casa sem se sujar, indo e vindo da escola sozinho,

* J. P. G. é Médico Psiquiatra da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Assistente do Curso Superior de Psicologia da Universidade de Coimbra; J. S. R. é Médico Psiquiatra da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Assistente da Cadeira de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra. (Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978).

¹ Ver artigo publicado na presente *Análise Psicológica*, da autoria de João dos Santos Relvas, «Considerações sobre a Terapêutica da Neurose Obsessivo-Compulsiva».

sempre pontual. Era tratado por todos pelo diminutivo do seu primeiro nome.

Nunca foi punido, pensa que em grande parte porque nunca deu motivos para isso. No entanto, sentiu sempre desde a infância que esperavam que fosse sempre um «menino muito bem comportado» em todos os sentidos e com bom rendimento escolar, para poder desfrutar da ajuda que lhe estavam a dar. Nunca foi feita uma referência explícita ou chantagem directa com este facto, mas o nosso doente sentiu sempre na atitude das pessoas e nas entrelinhas das conversas que se o seu comportamento não fosse o que esperavam dele, voltaria para a terra natal.

O rendimento escolar foi bastante bom durante a escola e o liceu. Na escola, os colegas dirigiam-lhe piadas devido à sua voz fina. Não tinha amigos. Não praticava desporto nem jogos nos intervalos das aulas. No liceu, os colegas não gostavam dele, por ser demasiado bem comportado e por, no entender deles, dar muita «graxa» aos professores. O rendimento escolar continuou bom, as suas actividades repartiam-se entre o círculo familiar, o estudo e as aulas.

Na Faculdade continuou com a mesma inibição social, preferindo conviver com colegas do sexo feminino.

O seu estilo de vida continuou a processar-se do mesmo modo, sem amigos nem interesses para além do estudo. Passava longas horas aborrecido, inactivo e sozinho em casa, sobretudo durante as férias.

Na infância, tinha sonhos acordados em que se imaginava com um curso universitário e casado com uma mulher bonita.

Sem informação sexual, assunto que nunca era abordado em casa. Início da masturbação autodescoberta cerca dos doze anos com grandes sentimentos de culpabilidade. Fantasias masturbatórias homossexuais que depois passaram a heterossexuais. Fim da masturbação a partir dos quinze anos, pois atribui à masturbação os sintomas que apresentava na altura.

Durante a entrevista clínica, mostra-se um jovem tímido que não mantém connosco contacto visual e debitando as suas queixas em

voz baixa e monocórdica, exprimindo-se dificilmente por frases curtas entrecortadas por longas pausas. Tenso, hipercontrolado, falando sem mímica nem gestos que sublinhem o discurso, mantendo a mesma postura durante toda a entrevista, foi-nos debitando as suas dificuldades que agrupamos:

- Dificuldades em se concentrar no estudo, dispersando-se em pequenas tarefas irrelevantes, o que tinha originado a perda do último ano escolar.
- Colocar simetricamente múltiplos objectos e peças de mobiliário.
- Grandes preocupações com a eventual possibilidade de poder provocar um incêndio por curto-circuito, o que o levava a retirar as lâmpadas e candeeiros para fora do seu quarto. Antes de se deitar tinha que percorrer toda a casa várias vezes, verificando se alguma ficha tinha ficado ligada.
- Receio que algo de desagradável pudesse acontecer a um cão de estimação que existia em casa, o que o levava a tomar precauções, como, por exemplo, verificar se a porta da rua estava bem fechada, etc.
- Vários outros problemas foram ainda referidos, tais como, a necessidade de verificar se o telefone tinha o auscultador bem colocado, verificar se as torneiras estavam bem fechadas, se os fatos estavam em ordem no guarda-roupa, etc.
- Dificuldades nas relações sociais por timidez excessiva, o que o levava a sentir dificuldades importantes em casa, a ponto de nunca se pôr à janela nem à varanda, ou ir ao quintal com receio de ser visto pelos vizinhos, dificuldades na rua, nas aulas, nas relações com professores e colegas, etc.
- Dificuldade em tomar decisões rápidas.

Todas estas actividades interferiam no seu dia-a-dia, limitando consideravelmente a sua vida social e escolar.

O início das queixas remonta a alguns anos atrás. Aos treze anos introduzem chamadas

escritas com tempos fixos, o que o faz começar a sentir ainda mais a responsabilidade dos pontos e a preocupar-se bastante em manter o nível que vinha tendo. Aos quinze anos começa a preocupar-se em cronometrar tudo, sobretudo quando se sente mais ansioso ou nos períodos em que está aborrecido sem nada fazer. Esta obsessão inicia-se depois de uma visita que faz a uma das suas irmãs biológicas, que entretanto se empregara em casa de uma família da grande burguesia lisboeta. Compara o nível de vida que tem, com o dos familiares na aldeia e com o da casa que acaba de visitar, sentindo-se extremamente impressionado pelo filho dos donos da casa, pelas suas maneiras e ar assertivo. Aos dezassete anos, quando começa a estudar Filosofia, passa a cronometrar os tempos de estudo e a dispor por ordem e de forma simétrica, os objectos da secretária antes de estudar, os livros, peças de mobiliário, tapetes, carpetes, etc.

Aos dezoito anos vai para a Faculdade e agrava-se o comportamento obsessivo-compulsivo de cronometrar tarefas, sobretudo numa altura em que fica sozinho em casa, durante umas férias para preparar um exame. Aos vinte anos inicia-se o comportamento acima referido, relativo ao receio de provocar incêndios.

Quando se procura investigar qual a sua auto-imagem, não consegue apontar nenhum aspecto positivo e refere os seguintes negativos: inseguro, temor de rejeição, tímido e pouco assertivo, facilmente ferido e muito sensível, detestando o seu passado e o isolamento em que vive. Refere que não gosta do seu aspecto físico e gostava de ser mais assertivo.

FORMULAÇÃO E TERAPÊUTICA

1. O doente apresenta uma ansiedade social, bem estabelecida antes do seu comportamento ritualista e que se compreende pela sua história desde a infância (este tema será detalhadamente tratado pelo Dr. J. Pinto Gouveia na sua comunicação: «Treino de auto-afirmação e de aptidões sociais em grupo»²).

² Também publicada neste número de *Análise Psicológica*.

2. A falta de reforços sociais por falta de aprendizagem de aptidões sociais adequadas leva a uma deterioração da sua auto-imagem e passa a ser fonte de autoverbalizações ansiógenas.

3. Os rituais são esbatedores da ansiedade e começam por ser usados para permitir a obtenção de bom rendimento numa área vital para o doente — os estudos. Generalizam-se depois a outros comportamentos em casa. Níveis altos de ansiedade impedem a concentração no estudo. Ter êxito nos estudos representa poder atingir alguns dos seus níveis de aspiração. O contrário pode significar o ter de voltar para a aldeia natal, com tudo o que isso implica de aversivo.

4. O estilo de vida do doente não lhe proporciona reforços sociais e, levando-o a permanecer muito tempo em casa, vai expô-lo permanentemente aos estímulos que controlam o comportamento ritualista.

Com base nesta formulação orientámos a terapêutica no sentido de melhorar as aptidões sociais através de treino afirmativo e de aptidões sociais que foi realizado, primeiro individualmente e depois em grupo. Esta terapêutica, alterando o estilo de vida, eliminou o mais importante foco de ansiedade e permite actividades reforçadas positivamente que competem com o comportamento mal-adaptativo. Por outro lado, estes sucessos contribuem para alterar a auto-imagem, tornando-a mais positiva, diminuindo as autoverbalizações negativas e facilitando o auto-reforço e asserção coberta, o que é fonte de motivação para manutenção do comportamento adequado.

Ao fim de dezoito meses o rendimento escolar mantém-se em bom nível, o seu comportamento geral e actividades sociais melhoraram, embora ainda haja progressos a realizar nesta área. Apesar de alguns episódios desagradáveis, como a morte da mãe adoptiva, só esporadicamente sente a compulsão a ritualizar, o que consegue controlar com facilidade.



assine

ANALISE PSICOLOGICA

Envie-nos o seu pedido de assinatura, acompanhado de um cheque ou vale de correio (330\$00 - estudantes; 390\$00 - normal) emitido em nome do INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA, Av. Marquês de Tomar, 33, 4.º-Esq. - Lisboa. Os estudantes deverão fazer acompanhar o seu pedido de uma fotocópia do seu **cartão de estudante**.

Envie-nos as suas sugestões e críticas. Participe na produção desta Revista.