

Considerações sobre a terapêutica da neurose obsessivo-compulsiva

JOÃO DOS SANTOS RELVAS *

São bem conhecidas as dificuldades encontradas no tratamento da neurose obsessivo-compulsiva e o seu mau prognóstico, qualquer que seja o modelo psicológico usado para a conceptualização do caso.

A terapêutica do comportamento não possui ainda uma teoria geral que integre em toda a sua complexidade os vários problemas clínicos levantados por esta neurose e os relacione com os modelos experimentais derivados da teoria da aprendizagem. Aceita que o comportamento neurótico mal-adaptativo é aprendido e que as mesmas leis gerais que regulam a aprendizagem podem ser usadas para modificar e extinguir esse comportamento. Uma vez analisado o caso em termos de aprendizagem e feita a sua formulação final, é possível delinear uma estratégia terapêutica que permite oferecer uma gama lógica e coerente de processos terapêuticos, adaptados aos problemas específicos de cada caso.

Alguns achados clínicos e experimentais levantam importantes questões, relevantes para os processos terapêuticos que iremos passar em revista e é possível que futuros estudos venham

a separar vários subgrupos dentro da neurose obsessivo-compulsiva, o que será de importância fundamental para esclarecimento mais completo da etiologia, evolução, prognóstico e terapêuticas, bem como de futuras estratégias para a investigação.

A distinção clássica estabelecida entre conteúdos da consciência por um lado e comportamento por outro, parece não ser de aceitar a partir da rejeição do dualismo mente-corpo. Os comportamentos cognitivos são encarados como comportamentos privados ou cobertos e cada vez se acumula mais evidência experimental e clínica que demonstra que estão sujeitos às mesmas leis que regulam os comportamentos observáveis pela extrospecção. Na clínica, a diferença entre uma obsessão e uma compulsão é que uma obsessão é um pensamento não desejado enquanto a compulsão é um impulso a cometer um acto que quando emitido será designado como compulsivo. Em terapêutica do comportamento são ambos considerados como comportamentos operantes, sujeitos às mesmas leis da aprendizagem e sendo extremos de um todo contínuo acto-pensamento.

O modelo mais largamente aceite para explicar o comportamento de evitamento é a teoria dos dois factores de Mowrer em que a partir de uma resposta emocional condicionada através de processos de condicionamento clássico se

* Médico Psiquiatra na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Assistente 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, em Coimbra.)

obteria uma resposta operante de evitamento que seria fixada pela redução da ansiedade condicionada.

Nesta perspectiva, que faz apelo à noção de actuação do reforço por redução do impulso, noção desenvolvida por Clark Hull e nem sempre confirmada depois, a única diferença entre resposta de fuga e de evitamento será que a primeira remove o sujeito da exposição a estímulos aversivos, enquanto que a segunda promove a diminuição da estimulação aversiva condicionada.

Na neurose obsessivo-compulsiva, a resposta de evitamento, activa ou passiva, nem sempre tem sucesso, devido à natureza do estímulo fóbico ou à sua grande disseminação ambiental, pelo que o comportamento de evitamento se caracteriza por uma alta frequência de ocorrência, persistência e repetição.

O principal óbice neste modelo teórico é que em bastantes casos não tem sido possível detectar a associação do estímulo ansiógeno com acontecimentos traumáticos, pelo que outras formas etiológicas devidamente fundamentadas experimentalmente e comprovadas clinicamente têm sido lançadas como alternativas. É uma revisão sumária destes aspectos e da sua importância para a terapêutica que passaremos a abordar em seguida.

Vários trabalhos efectuados com obsessivos usando o *Leyton Obsessional Inventory*, que parece ser a melhor escala obsessiva por incluir medidas de intensidade para a «resistência» e «interferência» dos sintomas e o *Maudsley Personality Inventory* encontraram correlações fortemente positivas entre a obsessionalidade e o neuroticismo e negativas entre a obsessionalidade e a extroversão.

Os introvertidos neuróticos avaliados pelo M. P. I. tendem a ter altos níveis de excitabilidade (*arousal*) e altos níveis de excitabilidade parecem ser determinantes para a facilitação da aquisição de respostas a vários estímulos.

O conceito de excitabilidade (*arousal*) é aplicado a um estado de alerta obtido experimentalmente no animal por estimulação da formação reticular e a um estado de hiperactivação

cortical medido através de técnicas electroencefalográficas. Têm sido descritos no animal e no homem dois sistemas reticulares activadores, um ligado ao nível de impulso e organização da resposta e outro dependente do sistema límbico e ligado à actuação do incentivo ou recompensa.

Altos níveis de excitabilidade parecem facilitar os processos de condicionamento e a generalização do estímulo, e influenciarem outros fenómenos como a habituação. Esta, na sua forma mais simples, significa uma diminuição da resposta a uma estimulação repetida (Sokolov, 1963).

A habituação ao reflexo de orientação foi empregada com o fim de estudar diferenças do nível de excitabilidade e dimensões da personalidade como extroversão/introversão. Quando se compara um grupo constituído por casos de ansiedades sociais, fóbicos e obsessivos com um grupo de normais verifica-se que estes últimos se habituam mais rápida e completamente, apresentando os primeiros uma recuperação mais lenta da estimulação e um maior número de flutuações espontâneas do seu estado de excitabilidade. Este fenómeno de habituação foi usado para predizer o resultado à dessensibilização sistemática, pois verificou-se que os casos com mais rápida habituação, medida através da resistência galvânica da pele, são os que melhor respondem a esta técnica.

As terapêuticas de *flooding* que consistem numa exposição maciça aos estímulos ansiógenos com prevenção de respostas de evitamento e são muito empregadas no tratamento de fóbicos e obsessivos, provocam um intenso e prolongado estado de excitabilidade que é seguido por um período emocional refractário, efeito *rebound*, e deriva em grande parte a sua eficácia terapêutica deste último facto.

Se a exposição for demasiado curta e não se esperar por este período refractário, semelhante ao predomínio parassimpático que se segue a uma prolongada e intensa estimulação simpática, então corre-se o risco de produzir um maior grau de sensibilização aos estímulos ansiógenos, incrementando a resposta condicionada e facilitando os processos de generalização.

Um outro fenómeno que poderá ter importância é designado como pseudocondicionamento e poderá ocorrer com uma maior frequência que o condicionamento clássico, que parece ser um fenómeno mais raro na vida corrente, pois depende de uma relação temporal rigorosa entre estímulos.

O pseudocondicionamento não envolve factores associativos temporais rigorosos entre o estímulo condicionado e o estímulo incondicionado e há alguma evidência experimental que o incremento da resposta se pode obter por este processo (Prokasy, Hall e Fawcett, 1962, referido em *Obsessional States*).

Em indivíduos com neurotismo elevado tem sido mais fácil provocar o pseudocondicionamento do que em indivíduos estáveis e a sua resistência à extinção é também maior.

Por último, tem importância referir a aprendizagem num único ensaio e o fenómeno Napalkov ou incubação, que levam à não extinção de uma resposta condicionada depois de um único ensaio, podendo mesmo haver um aumento progressivo da resposta condicionada a apresentações isoladas do estímulo condicionado (Napalkov, 1963; Campbell, Sanderson e Laverty, 1964).

A explicação dada por Eysenck para este fenómeno é em termos de *feedback* vegetativo e a extinção não ocorreria porque a apresentação do estímulo condicionado provocaria uma resposta condicionada nociceptiva que seria tão importante e tão reforçadora como o foi o primitivo estímulo incondicionado. Esta explicação estaria de acordo com a teoria neurofisiológica da activação de Arnold-Lindsley que explica, de um ponto de vista psicofisiológico, a automanutenção e acentuação das respostas emocionais uma vez desencadeadas.

Tem sido correntemente observado no desenvolvimento de alterações neuróticas resultantes de condicionamentos traumáticos que, entre o primeiro estágio de condicionamento clássico e a ocorrência do segundo estágio de condicionamento operante media um longo período de tempo em que seria de esperar que a extinção espontânea ocorresse. É possível que este fenó-

meno de incubação possa dar uma explicação mais correcta para este facto, do que a actualização, na altura, de duvidosos precipitantes psicológicos. É conhecida a facilidade com que o obsessivo organiza à volta de um simples evento uma constelação cognitiva à qual correspondem alterações comportamentais com uma conexão duradoura e grande resistência à extinção.

A questão importante nos obsessivos é saber a razão pela qual pensamentos que despertam grande ansiedade tendem a persistir e a aparecer repetidas vezes, quando seria de esperar a sua rápida extinção, visto terem consequências aversivas imediatas, o que é uma forma de punição. Uma primeira resposta óbvia será que estes fenómenos não estão unicamente dependentes, na sua frequência, das consequências resultantes do seu aparecimento, como sucede no condicionamento operante. Outra hipótese é que estes comportamentos cognitivos seriam em si mesmos respostas evocadas por outros estímulos ambientais ou internos através de um processo de encadeamento (*chaining*) ou de condicionamento clássico.

Encontramos pensamentos que despertam ansiedade e que parecem ser evocados por estímulos ambientais; neste caso o modelo etiológico é essencialmente o mesmo que foi proposto para a origem das fobias. Quando os pensamentos são despertados por estímulos que adquiriram qualidades fóbicas, o pensamento em si é parte da resposta fóbica total e por consequência evocadora de ansiedade. Por exemplo, impulsos agressivos ou sexuais podem despertar grande ansiedade como resultado de experiências de aprendizagem na infância, em que tais comportamentos foram severamente punidos.

Estes estímulos ambientais ou internos que levam a pensamentos ansiógenos poderiam ser mais frequentes nos obsessivos por maior generalização dos estímulos a partir de experiências de aprendizagem anteriores ou por um limiar de estimulação mais baixo que levaria a respostas mais intensas e frequentes. Noutros casos, sobretudo comuns em comportamento ritualista de

tipo supersticioso, originado com base num sistema de crenças erróneo ou por reforço accidental, as ruminações obsessivas correspondem ao ritual coberto, portanto à resposta de evitamento. E se esta terá, em princípio, um efeito redutor da ansiedade, iremos ver que nem sempre isso sucede, podendo em certos casos tornar-se ansiógena.

O comportamento ritualista é normalmente encarado como uma resposta operante de evitamento condicionado tendente a diminuir a ansiedade/desconforto provocada pelo estímulo condicionado (Meyer, 1966; Bandura, 1969). A distinção que deve ser estabelecida em cada caso é se os rituais estão na fase de aquisição ou de manutenção ou se já iniciaram a fase de extinção. Nesta última, a não execução da resposta não é percebida como tendo consequências aversivas. Neste caso o ritual perdeu a sua função adaptativa de esbater a ansiedade que tinha antes e persiste como um hábito autónomo e longamente praticado, podendo então tornar-se ele mesmo ansiógeno (pela interferência no estilo de vida, perda de tempo para a sua execução, carácter ridículo aos olhos do próprio doente, etc.). No caso dos rituais em fase de aquisição ou de manutenção a sua não execução é percebida como tendo consequências aversivas pelo doente e a sua execução é redutora da ansiedade. A sua não execução provoca níveis altos de ansiedade ou desconforto.

O comportamento ritualista pode também ser encarado como comportamento normal que não está sob controle de estímulo apropriado. O sujeito não consegue discriminar as situações/estímulo em que a resposta de evitamento seria julgada apropriada pela maioria dos observadores, daquelas em que o não seria. Assim, a continuada execução da resposta de evitamento impede que o obsessivo aprenda por experiência directa que a sua omissão não é seguida, de facto, por consequências aversivas. As terapêuticas de exposição e prevenção da resposta vão assim alterar também os aspectos cognitivos do problema, permitindo uma aprendizagem da discriminação correcta e mo-

dificando as *expectativas e atitudes* do sujeito relativamente à situação. O comportamento ritualista aparenta não poder ser modificado, pelo menos em grande parte, por meio de informação veiculada através do segundo sistema de sinais (Pavlov). Stafford-Clark, 1967, descreve um caso em que os rituais estavam ligados ao receio de gravidez e que persistiram depois de uma histerectomia total.

Um outro factor importante para a frequente repetição do ritual pode dever-se ao facto de o sujeito não ter um suficiente *feedback* (*safety signal*) que lhe indique que a resposta de evitamento teve sucesso. Isto é comum, por exemplo, nos rituais por receio de contaminação em que a resposta dá uma garantia de «segurança» durante um período de tempo muito curto.

Vários autores, como por exemplo Walker e Beech (1967, 1969), atribuem uma importância fundamental ao estado de humor como determinante do comportamento obsessivo-compulsivo e salientam que a *depressão* e hostilidade, mais do que a ansiedade/desconforto seriam os estados que mais adversamente afectariam os pacientes.

É bem conhecido o facto de deprimidos apresentarem sintomas obsessivos sem terem traços obsessivos de personalidade prévia e a grande frequência com que os obsessivos se deprimem. Tem talvez interesse referir que a clorimipramina melhora os sintomas obsessivo-compulsivos mesmo nos casos que não estão clinicamente deprimidos.

Estes autores salientam a importância que os estados de humor têm para o comportamento ritualista, a dificuldade em tomar decisões e a sensação de «resistência» interna tão típicas dos obsessivos-compulsivos. Em muitos casos a execução do ritual não é tão rígida e inflexível como parece; o sujeito pode simplesmente decidir não executar o ritual ou não o fazer a pedido do terapeuta. Noutros casos pode «resolver» adiar a sua execução.

Depois de cada execução de um ritual o obsessivo está perante a escolha de prosseguir ou terminar o ritual e assim exposto a duas tendências de evitamento conflituais. A expo-

sição a este conflito pode aumentar o nível de excitabilidade, pelo que um ritual prolongado tenderá a deteriorar mais o estado de humor.

Em trabalhos de Jiddel (1974), a dificuldade em decidir apresentada pelos obsessivos, seria responsável pela lentificação obsessiva descrita anteriormente por Rachman.

O estado de resistência interna pode ser encarado como uma tendência a dar respostas opostas e ser conceptualizado como um conflito de evitamento-evitamento. A não execução de um ritual pode ser aversiva e a sua execução também nas condições que vimos atrás.

Um outro modelo com interesse para a explicação dos rituais é retirado das observações etológicas em animais em situações de conflito e alto nível de *arousal*, que despertam actividade de deslocamento. Esta actividade de deslocamento tem muitas características comuns com o comportamento ritualista, como seja, a sua natureza estereotipada, repetitiva e a falta de adequação à situação em que ocorre. A actividade de deslocamento surge em situações de alto nível de excitação (*arousal*) e este parece elicitar comportamentos com grande força de hábito que normalmente ocorrem em situações de baixa excitação, parecendo assim haver uma tentativa de indução, através de um comportamento familiar, do estado de baixo nível de excitação que normalmente lhe está associado.

Podemos concluir portanto que a terapêutica do comportamento não possui ainda uma teoria geral que integre em toda a sua complexidade os múltiplos problemas que o comportamento obsessivo-compulsivo levanta, mas pode para já oferecer processos terapêuticos em áreas importantes deste problema, com sucessos apreciáveis e que tornam o prognóstico da neurose obsessivo-compulsiva muito menos sombrio do que era há bem pouco tempo atrás.

Quando fazemos a análise de um caso para estabelecer a sua formulação comportamental e estabelecer uma estratégia terapêutica coerente, avaliamos as principais áreas psicológicas em que ocorrem os sintomas e a maneira como se inter-relacionam com outras áreas

mesmo que nelas aparentemente não haja problemas. Os comportamentos-alvo devem ser encarados no contexto de outras áreas importantes da vida do doente e assim avaliamos o desenvolvimento do estilo de vida, níveis de aspiração, atitudes e auto-imagem, as inter-relações com os pais na infância e mais tarde com os amigos e colegas de trabalho, relações profissionais e situação sócio-económica e por fim ajustamento marital e sexual. Isto permite-nos avaliar se o problema apresentado pode ser visto como parte de um problema muito mais vasto e geral de estilo de vida e confrontação com as situações reais.

Geralmente esta avaliação é feita em várias fases, mas sempre sob orientação dos princípios da teoria da aprendizagem. Começamos por registar, ou pedir ao doente que o faça, a ocorrência e frequência dos sintomas e os antecedentes e consequências imediatos para tentar avaliar até que ponto estão sob controle de estímulo, quer interno quer ambiental. Designamos esta fase de colheita e mensuração dos dados como análise em termos de estímulo-resposta. Determinamos em seguida as relações entre estes dados colhidos e o desenvolvimento do estilo de vida do doente, pelo que ordenamos os dados recolhidos numa perspectiva biográfica que nos dê uma imagem coerente de como vão interferindo no estilo de vida.

Pesquisamos a existência de processos de condicionamento clássico na história do doente e que possam ser relevantes para a compreensão do caso. Muitas vezes não há propriamente um episódio traumático, mas sim pequenas exposições repetidas, com um grande trabalho cognitivo nos intervalos. Avalia-se se actuaram processos de condicionamento operante que podem ter contribuído para a fixação dos comportamentos mal-adaptativos.

Analisa-se a hipótese de haver reforços secundários, ou seja, o que o doente pode lucrar em termos psicológicos noutras áreas pela presença do seu comportamento mal-adaptativo.

Na fase seguinte avaliamos aspectos cognitivos; as atribuições que o doente fez relati-

vamente ao seu comportamento, o que pensa de si e dos seus sintomas, que autoverbalizações faz e que podem influenciar o seu comportamento e qual a relação que a possível existência de depressão tem com o seu problema ou suas consequências.

Depois disto estamos em condições de formular uma hipótese de trabalho para o problema e fazer com base nela uma abordagem terapêutica. Pela resposta que o doente vai dando ao tratamento vamos testando a nossa hipótese de trabalho, que poderemos ir modificando conforme os resultados. Usando esta metodologia podemos descobrir variáveis importantes na área dos problemas e que nunca tinham sido apresentadas ou descobertas e que podem ser assim incorporadas na formulação e alterações terapêuticas. Aqui pode ser necessário para o terapeuta inovar e adaptar as terapêuticas comportamentais já estabelecidas e testadas, às condições reais e possibilidades de cada caso específico.

Isto é algo de importante e que convém salientar na terapêutica do comportamento: ser capaz de oferecer uma sucessão lógica e coerente de processos terapêuticos adaptados às especificidades e particularidades de cada caso.

SUMMARY

Some empirical findings of clinical and theoretical relevance to the behavioural treatment of obsessive-compulsive neurosis are passed in review and related with experimental models based in learning theory.

Behaviour therapy, is pointed, has not yet a general theory or formulation that could integrate all the controverse and often contradictory finding of this neurosis, but at moment can

already offer a wide range of therapeutic processes in very important areas of this problem.

Special emphasis is put in behavioural analysis and formulation of the total aspects of the problem based in learning theory principles and the «technical approach» discouraged.

REFERÊNCIAS

- BANDURA, A. (1969) — *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- BEECH, H. R. (1974) — *Obsessional States*, Methuen, London.
- BERGIN, Allen E. e GARFIELD, Sol L. (1971) — *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley & Sons, New York.
- EYSENCK, H. J. (1976) — *Case Studies in Behaviour Therapy*, Routledge & Kegan Paul, London.
- EYSENCK, H. J. e RACHMAN, S. (1965) — *The Causes and Cures of Neurosis*, Routledge & Kegan Paul, London.
- GRAY, J. (1975) — *Elements of a Two Process Theory of Learning*, Academic Press, London.
- GRANVILLE-GROSSMAN, K. (1976) — *Recent Advances in Clinical Psychiatry*, vol. 2, Churchill Livingstone.
- HERSEN, M., EISLER, R. M. e MILLER, P. M. (1975) — *Progress in Behavior Modification*, Academic Press, London.
- KANFER, F. H. e PHILLIPS, J. S. (1970) — *Learning Foundations of Behavior Therapy*, John Wiley & Sons, New York.
- KANFER, F. H. e GOLDSTEIN, A. P. (1975) — *Helping People Change*, Pergamon Press, London.
- KRASNER, L. e ULLMANN, L. (1965) — *Research in Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- MARKS, I. (1969) — *Fears and Phobias*, Heinemann Medical, London.
- MEYER, V. e CHESSER, Edward S. (1971) — *Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry*, Penguin Books, Middlessex.
- RIMM, David C. e MASTERS, John C. (1974) — *Behavior Therapy Techniques and Empirical Findings*, Academic Press, London.
- ULLMANN, L. P. e KRASNER, L. (1969) — *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*, Prentice Hall, New Jersey.
- WHITE, N. F. (1974) — *Ethology and Psychiatry*, University of Toronto Press, O.M.H.F., Toronto.
- WOLPE, J. (1973) — *The Practice of Behavior Therapy*, Pergamon Press, London.