

Estudo retrospectivo da psicoterapia comportamental em agorafóbicos

UNIDADE DE PSICOTERAPIA INTENSIVA
DO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS *

I — INTRODUÇÃO

O termo agorafobia foi utilizado pela primeira vez por Westphal em 1871, numa descrição hoje clássica, como o medo dos espaços abertos e de se afastar de casa.

Trata-se da mais frequente das neuroses fóbicas, aparecendo muitas vezes associada a outros sintomas tais como depressão, sintomas obsessivos e ansiedade flutuante. O termo «agorafobia», cujo significado literal é «medo dos espaços abertos», não é talvez o mais apropriado, já que estes doentes têm também medo dos espaços fechados (claustrofobia), dos transportes e das multidões. Como, no entanto, inclui um grupo de sintomas claramente definidos e constitui uma entidade clinicamente reconhecida como tal, pelas várias escolas existentes em diversos continentes, presta-se assim mais facilmente a ser objecto de investigação e também de aplicação das teorias de aprendizagem na sua

compreensão e tratamento. Ainda que no seu curso possam surgir remissões espontâneas, tem no entanto uma forte tendência para a recaída e para se tornar crónica, causando com frequência uma severa ou total incapacidade de adaptação à vida normal. Por outro lado, a relativa ineficácia dos tratamentos psiquiátricos existentes, levou a que os psicoterapeutas comportamentais se interessassem desde logo pelo seu tratamento, desde Wolpe em 1958, com o uso da técnica da dessensibilização sistemática, até a trabalhos mais recentes da escola inglesa do Maudsley Hospital, utilizando principalmente técnicas de exposição.

O trabalho que aqui apresentamos é um estudo retrospectivo de agorafóbicos tratados por técnicas de psicoterapia comportamental e tem como finalidade fazer um balanço e uma reflexão que nos permita planificar a nossa futura intervenção neste campo.

II — CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Seleção de casos

Foram seleccionados doentes diagnosticados como agorafóbicos e tratados com psicoterapia comportamental entre 1975 e 1978, num total de dez. Todos os doentes foram tratados em regime de consulta externa, seis em clínica privada por um dos terapeutas e os outros quatro

* Data de 1972 a intervenção em psicoterapia comportamental no Hospital Júlio de Matos, inicialmente apenas pelo Dr. Afonso de Albuquerque. No ano seguinte formou-se uma equipa de médicos e psicólogos que tomou o nome de Grupo de Estudos de Terapêutica Reflexológica (G.E.T.R.), que existiu até 1975. Foi reiniciado o trabalho da equipa em 1977, tendo sido adoptada a designação de Unidade de Psicoterapia Intensiva (U.P.I.). Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978, em Coimbra.

na consulta do Hospital Júlio de Matos. Escolheu-se como critério para a definição operacional de agorafobia a existência das seguintes fobias:

1. Afastar-se de casa
2. Espaços abertos
3. Transportes públicos
4. Multidões
5. Espaços fechados

Características clínicas

Os doentes apresentavam estas cinco fobias, em combinações variáveis. O início e o curso da doença assemelham-se aos descritos por Marks e Gelder (1965).

Os doentes, na sua totalidade foram considerados muito incapacitados, com uma pontuação entre 6 e 8 na escala de 0 a 8 de gravidade de sintomas. Cinco estavam incapacitados de sair de casa sozinhos.

A duração média da doença era de 11 anos, variando entre um ano e meio e 47 anos. A maioria da amostra (7) era constituída por mulheres. A grande maioria (9) tinha idades compreendidas entre 20 e 45 anos. Um doente tinha 60 anos.

Associadas à agorafobia encontrámos com frequência outras alterações psicopatológicas, nomeadamente depressões (9), perturbações sexuais (7), sintomas obsessivos (4) e despersonalização (2).

Não nos pareceu existir personalidade prévia específica, ainda que a maioria apresentasse sintomas neuróticos na infância e fossem considerados «nervosos» e dependentes.

Cinco eram casados e os casamentos eram, em geral, estáveis, embora a relação fosse de dependência neurótica.

Em três dos casos, um dos pais era neurótico e em sete casos, eram ambos.

III — MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Em virtude da amostra não ser homogénea, a avaliação clínica e psicológica dos doentes foi feita de modo diferente, consoante eram provenientes da clínica hospitalar ou da clínica privada.

No primeiro caso (clínica hospitalar), o protocolo usado foi o seguinte:

- a) Antes do início do tratamento:
 1. Auto-avaliador de sintomas (numa escala de 0 a 8)

2. Observador independente (questionário de avaliação de sintomas e avaliação social, numa escala de 0 a 8)
3. Escala de atitudes, baseada no diferenciador semântico de Osgood.
4. Inventário de Personalidade de Eysenck — forma A
5. Inventário de fobias, adaptação da versão de Wolpe
6. Escala de avaliação de sintomas (versão reduzida de Kellner e Sheffield).

- b) Durante o tratamento: Todos os testes da alínea a), excepto o avaliador independente;
- c) No fim do tratamento: Todos os testes da alínea a);
- d) Na catamnese: Todos os da alínea b). Além disso, todos os doentes foram vistos pelo mesmo psiquiatra e avaliados numa escala subjectiva de 0 a 8, consoante a gravidade dos sintomas e com o auxílio de um questionário («Observador independente e adaptação social»), em que se fez uma avaliação das cinco fobias indicadas como critério de diagnóstico.

No segundo caso (doentes da clínica privada), a avaliação foi feita pelo mesmo psiquiatra, antes do início e no fim do tratamento.

O sistema de avaliação na catamnese, usado no grupo anterior, foi também utilizado neste grupo.

O período decorrente entre o fim do tratamento e a catamnese, na totalidade da amostra, varia entre 1 mês e 3 anos e 7 meses.

Para o ponto V deste trabalho — Resultados e Conclusões — e por necessidade de uniformizar os dados, só considerámos:

- a) Na avaliação feita antes e no fim do tratamento, a avaliação psiquiátrica (visto ser a única comum a todos os doentes);
- b) Na avaliação da catamnese, o auto-avaliador e a avaliação psiquiátrica.

O valor médio dos resultados obtidos no fim do tratamento ou na catamnese foi convertido numa apreciação clínica de gravidade de sintomas, baseada no seguinte critério:

- 0 a 1,9 — Muito melhorado
- 2 a 3,9 — Melhorado
- 4 a 8 — No mesmo estado

A cada um destes critérios correspondem os seguintes sintomas, em relação ao conjunto das cinco situações fóbicas já referidas:

Muito melhorado — *Ausência de ansiedade e de comportamento de evitação.*

Melhorado — *Sensação ligeira de ansiedade e hesitação em aproximar-se das situações fóbicas, mas evitando-as raramente.*

No mesmo estado — *Muita ansiedade e evitação.*

IV — DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

A) Exposição — *Esta técnica foi utilizada apenas em dois doentes. Consiste em confrontar o doente com os estímulos que lhe provocam o máximo de ansiedade, até que fique habituado a eles, e simultaneamente provocar uma emoção intensa durante o tratamento. Esta confrontação pode fazer-se de vários modos — em imaginação (o terapeuta utiliza uma gravação de temas ansiogénicos retirados da história clínica) ou na vida real (ao vivo), em que o doente é acompanhado pelo terapeuta que faz de modelo, quando necessário. Permite-se que o doente se retire da situação terapêutica em qualquer altura. Em regra, a duração das sessões prolonga-se até se verificar a redução da ansiedade. A duração média das sessões em imaginação foi de 1.30 a 2 horas, enquanto que na situação ao vivo, a duração média foi um pouco mais longa (2 a 2.30 horas). A frequência das sessões foi, em média, de três por semana. A aplicação destas técnicas foi feita por dois terapeutas, juntos ou individualmente, tendo-se começado pela exposição em imaginação e passando-se ao vivo, ao fim de quinze sessões, podendo este número ser alterado por acordo entre o terapeuta e o doente (por exemplo, o doente pedir a passagem ao vivo antes das 15 sessões). O número de sessões ao vivo foi, em média, de 11. A média de duração total do tratamento foi de três meses e meio.*

Exposição gradual — *Consiste numa confrontação lenta e gradual com a situação fóbica, não acompanhada de relaxamento ou de qualquer outro procedimento inibidor da ansiedade. Esta técnica foi utilizada em seis doentes, sendo a média da duração total do tratamento de cinco meses, com uma frequência de 2 ou 3 sessões por mês, durante estas cerca de meia hora. Em cada sessão prestavam-se instruções detalhadas ao doente sobre as tarefas a cumprir*

no intervalo das consultas e analisavam-se os resultados das tarefas sugeridas na sessão anterior.

B) Modelagem — *O terapeuta serve de modelo, enfrentando primeiro a situação fóbica e pedindo em seguida ao doente que o imite. Esta técnica foi utilizada em conjunto com a exposição ao vivo, sempre que considerada necessária.*

C) Dessensibilização sistemática — *Nesta técnica utiliza-se uma abordagem gradual em relação ao objecto fóbico, combinada com relaxamento (que é suposto inibir ou contracondicionar a ansiedade), segundo o modelo clássico, descrito por Wolpe. Esta técnica foi aplicada a dois doentes, tendo num caso a duração total sido de três meses, com uma frequência de duas sessões por semana e a duração de 1.30 horas cada. No outro caso, não foi possível obter informações mais detalhadas.*

D) Intenção paradoxal — *Este procedimento tem dois significados neste trabalho: pedir ao doente que deliberadamente imagine que os seus piores medos se verificam e/ou pedir-lhe que enfrente as situações reais que lhe provocam ansiedade, substituindo esta pelo desejo (intenção) que todos os seus medos se realizem. Por exemplo, se o doente tem medo de se «sentir mal» num transporte público, pede-se-lhe que entre nele desejando «sentir-se mal». Um total de sete doentes utilizaram este procedimento.*

E) Controle da ansiedade — *Significa um conjunto de procedimentos, nomeadamente comentários de controle (em que o doente comenta para si mesmo que é capaz de se controlar), relaxamento (adaptado do método de Schultz) e manobra de Valsalva, com o objectivo de ajudar o doente a controlar os sintomas da ansiedade sempre que eles surjam. Estes procedimentos foram utilizados por nove doentes.*

F) Automonitorização — *Nesta técnica pede-se ao doente que escreva regularmente uma síntese dos progressos ou dificuldades que ele encontra no decurso do tratamento, com o objectivo de se regular a si mesmo. Foi utilizada por três doentes.*

Nota — *Neste grupo de doentes foram usadas como técnicas principais a exposição nas suas três formas, ou a dessensibilização sistemática, sendo as restantes complementares destas.*

Nos casos em que havia medicação no momento do início da psicoterapia ela não foi interrompida.

V—RESULTADOS E CONCLUSÕES

Devemos sublinhar que as principais limitações do nosso trabalho são a ausência de um grupo de controle e a falta de uniformidade de alguns dos dados obtidos.

Apesar disso, parece-nos possível tirar as seguintes conclusões:

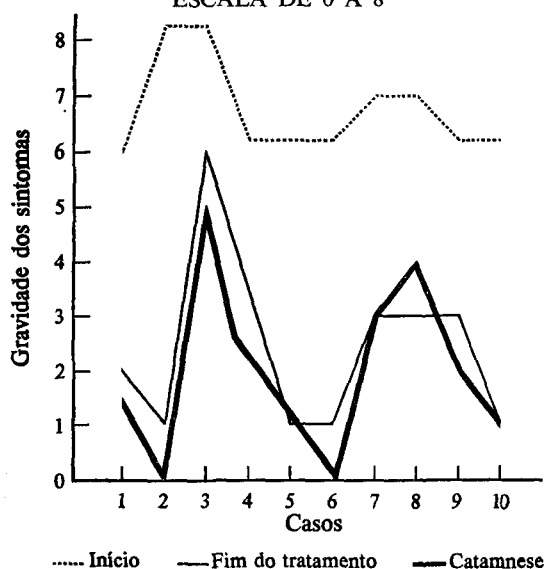
Estado clínico no fim do tratamento e no momento da catamnese

1. Dos dez doentes tratados, constatámos que, no fim do tratamento, quatro se apresentavam muito melhorados, cinco melhorados e um no mesmo estado. Na catamnese verificou-se que um dos «melhorados» passou para «muito melhor».

QUADRO I
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES NO FIM DO TRATAMENTO E NA CATAMNESE, NUMA ESCALA DE 0 A 3

Resultado	Fim do tratamento	%	Catamnese	%
Muito melhor	4	40	5	50
Melhor	5	50	4	40
Na mesma	1	10	1	10

QUADRO II
DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES ANTES DO INÍCIO, NO FIM DO TRATAMENTO E NA CATAMNESE, SEGUNDO UMA ESCALA DE 0 A 8



2. Pela leitura do gráfico constata-se uma certa homogeneidade na distribuição dos doentes no início do tratamento (entre 6 e 8).

O perfil das curvas referentes ao fim do tratamento e à catamnese, indicam uma maior dispersão dos dados.

Isto sugere-nos que as variáveis não controladas neste estudo, e que dizem respeito quer às características do doente (por exemplo, sexo, idade, motivação, duração e benefícios secundários da doença), quer às características do tratamento (por exemplo, combinação de técnicas, duração do tratamento, frequência e duração das sessões, relação terapeuta-doente, experiência e estatuto do terapeuta), devem ter influenciado a dispersão dos resultados finais do tratamento.

A aproximação destas duas curvas (fim do tratamento e catamnese) leva-nos a pressupor uma tendência para a estabilização dos resultados finais do tratamento.

3. No fim do tratamento, 9 doentes (90%) tinham melhorado, mas só 4 se podiam considerar livres de todos os sintomas. As catamnese feitas um ano ou mais após o fim do tratamento, foram apenas duas e ambos mantinham a melhoria. Estes dados sugerem que, apesar da melhoria geral dos doentes (90%), um certo número continua com sintomas residuais, que ainda os incapacitam (60%). Nenhum doente piorou com o tratamento, ainda que um ficasse na mesma. Também se encontrou uma possível relação entre a duração média do tratamento e os resultados finais (Quadro 3). Os que melhoraram mais receberam mais tempo de tratamento que os outros. O doente que não melhorou é o único da série que é considerado como sofrendo de ansiedade fluente crónica, em grau elevado.

4. Em nenhum caso se verificou o aparecimento de novos sintomas, durante ou após o tratamento.

5. Estes resultados parecem indicar que os agorafóbicos requerem uma duração de tratamento prolongado, talvez por constituírem um

grupo de doentes bastante incapacitado. O facto de a maioria ter um grande número de problemas sociais e familiares pode significar que, para além das técnicas comportamentais, numa primeira fase, seja benéfica uma segunda fase de intervenção do tipo familiar e social (mais perto das abordagens psiquiátricas globais).

QUADRO III
DURAÇÃO MÉDIA DO TRATAMENTO

Resultado, em relação ao fim do tratamento		Parâmetros	N.º de doentes
Muito melhor	8,7	de 3 a 18 meses	4
Melhor	4,8	de 2 a 7 meses	5
Na mesma	4	único	1

6. Na totalidade dos doentes a psicoterapia comportamental foi bem aceite e a relação terapeuta-doente foi considerada positiva, ainda que nalguns casos tivesse surgido uma certa dependência em relação ao terapeuta.

7. Acabamos este trabalho com uma melhor consciência das dificuldades metodológicas encontradas e do esforço que é necessário fazer para melhorar a qualidade científica da nossa abordagem experimental, ainda que seja de acentuar os múltiplos aspectos de agorafobia dificilmente quantificáveis.

RESUMO

Os autores apresentam os resultados de um estudo retrospectivo, da aplicação de técnicas da terapia do comportamento em dez doentes agorafóbicos, na Unidade de Psicoterapia Intensiva do Hospital Júlio de Matos. O estudo foi realizado sobre uma amostra de três homens e sete mulheres, considerados muito incapacitados. Cinco estavam incapacitados de sair de casa sozinhos. A duração média da doença era de onze anos, variando entre um ano e 47 anos. A avaliação dos doentes foi feita no início e no fim do tratamento e numa catamnese que variou entre um mês e três anos e sete meses.

Os métodos de avaliação utilizados foram: auto-avaliador e observação independente por um psiquiatra exterior à consulta. As técnicas usadas na terapia foram: exposição em imagi-

nação e ao vivo; exposição gradual, modelagem, dessensibilização sistemática, intenção paradoxal, controle de ansiedade, automonitorização. A duração média do tratamento foi de cinco meses.

Os resultados obtidos no fim do tratamento foram os seguintes: quatro doentes «muito melhorados», cinco «melhorados» e um «na mesma», verificando-se uma estabilização geral dos efeitos do tratamento.

Embora a amostra seja muito pequena para ser significativa, foi no entanto concluído que os agorafóbicos parecem requerer uma duração de tratamento prolongada, e que a psicoterapia comportamental foi bem aceite pelos doentes. Em nenhum caso se verificou o aparecimento de novos sintomas durante ou após o tratamento. O facto de a maioria ter um grande número de problemas sociais e domésticos pode significar que, para além de uma primeira fase da utilização de técnicas comportamentais, seja benéfica uma segunda fase de intervenção do tipo familiar e social. Os autores finalizam com uma melhor consciência das dificuldades metodológicas encontradas e dos esforços que são necessários fazer-se para melhorar a qualidade científica da sua abordagem experimental.

SUMMARY

The authors present the results of a retrospective study of behavioural psychotherapy with ten agoraphobic patients, operationally defined as being phobic in the following situations: leaving home, open spaces, crowds, closed in spaces and public transports. They were treated as outpatients in the Intensive Psychotherapy Unit of the Júlio de Matos Hospital. The study was conducted with a sample of three men and seven women, all considered to be severely incapacitated (five could not leave home on their own). The average duration of the illness was eleven years, ranging from one year and a half to forty-seven years. The assessment of the patients was carried out in the beginning and at the end of the treatment and in follow-up, which varied from one month to three years and seven months.

The methods of assessment were: self-rating scales and a psychiatric evaluation, conducted by a doctor, external to the Unit.

The techniques used in the therapy were: Flooding «in imagination» and «in vivo», gradual exposure, modelling, systematic desensitization, paradoxical intention, anxiety control,

and self-monitorization. The average duration of the treatment was five months. The results obtained at the end of the treatment were the following: four patients «much improved»; five «improved»; one «no change». In the follow-up interview: five «much improved»; four «improved»; one «no change». At follow-up we also found a general stability in the effects of the treatment. Although the sample was too small to be significant it was, nevertheless, concluded that agoraphobics seem to require prolonged treatment, and that behavioural psychotherapy was well accepted by the patients. None of the patients presented new symptoms, during or after the treatment.

Due to the large proportion of social and domestic problems found in the majority of the patients, we suggest that after this first phase of treatment it would be beneficial to help them in those problems using a more global psychiatric approach.

APÊNDICE

Doente 1 — 21 anos de idade, sexo feminino, apresentava desde os 15 anos sintomas de agorafobia. Ficou agorafóbica gradualmente, porque receava desmaiar na rua. Tinha ainda outras fobias, como o medo de enlouquecer, medo de injeções e fobias sociais e um elevado deficit de auto-afirmação. A doente mostrou-se bastante motivada para o tratamento da agorafobia, mas menos cooperativa numa segunda fase do tratamento (treino de auto-afirmação). Na avaliação final da agorafobia foi considerada como muito melhorada.

Doente 2 — 40 anos, sexo masculino, com sintomas de agorafobia desde os 27 anos. A agorafobia estava relacionada com o receio de ter um ataque cardíaco. Os sintomas foram-se agravando ao ponto de deixar o emprego e abrir um estabelecimento a cerca de 100 metros de casa, para onde se deslocava apenas de automóvel. Inicialmente apresentou-se muito deprimido e pouco motivado, o que se alterou com o decurso do tratamento. No fim do tratamento e na catamnese (feita um mês depois) foi considerado muito melhorado, sendo não só capaz de ir sozinho para qualquer lado como já tendo feito uma viagem de avião.

Doente 3 — 45 anos, sexo masculino, apresentava agorafobia desde os 37 anos. No meio do tratamento apresentava-se muito deprimido e completamente incapacitado na sua vida pro-

fissional. Quando sofria de ansiedade aguda dirigia-se ao serviço de urgência dos hospitais, onde permanecia até a crise atenuar. Foi sempre considerado pouco motivado para o tratamento, não cumprindo frequentemente as tarefas que lhe eram distribuídas, apesar da boa relação estabelecida com os terapeutas. No fim do tratamento e na primeira catamnese foi considerado no mesmo estado, apesar de ter feito progressos iniciais bastante prometedores. De todos os doentes desta amostra foi o que apresentava mais elevado grau de ansiedade e hipcondriase.

Doente 4 — 25 anos, sexo masculino, agorafóbico desde os 23 anos, apresentando-se bastante incapacitado. Tinha ainda outras fobias como o medo de facas e de lugares altos. No fim do tratamento foi considerado muito melhorado e na catamnese melhorado.

Doente 5 — 20 anos, sexo feminino, agorafóbica desde os 18 anos. Estava muito incapacitada no início do tratamento. Era bastante dependente em relação à mãe, transferindo essa dependência para o marido. A partir do momento em que ficou completamente livre de sintomas a dependência na relação conjugal diminuiu, o que levantou dificuldades de adaptação do marido, que no essencial foram resolvidas.

Doente 6 — 32 anos, sexo feminino, agorafóbica há 2 anos, após uma crise de pânico que se seguiu à tentativa de suicídio de uma amiga. Durante o tratamento teve uma recaída após um aborto provocado. Está neste momento livre de sintomas. Foi-lhe sugerida psicoterapia de grupo com o objectivo de melhoria das suas relações pessoais.

Doente 7 — 60 anos, sexo feminino, era agorafóbica desde os 13 anos de idade quando, por razões sócio-familiares foi obrigada a ficar em casa a tomar conta dos irmãos. «A minha vida foi sempre de casa para a igreja e da igreja para casa, nem à loja ia.» Nunca saía de casa sozinha, desde essa idade, e mesmo acompanhada sentia-se «mal do coração». Desde os 18 anos começou a receber tratamento médico por sofrer de ansiedade, mas foi com o presente tratamento que conseguiu sair de casa sozinha e mesmo viajar até à cidade mais próxima. Mantém-se, no entanto, ligeiramente incapacitada. O facto de residir na província tornou o tratamento mais difícil.

Doente 8 — 40 anos, sexo feminino, agorafóbica desde os 15 anos. Logo que veio para Lisboa, com essa idade, nunca saía sozinha por sentir medo de atravessar a rua. Até ao tratamento nunca fez a sua vida normal. Durante o tratamento o falecimento súbito do marido provocou uma recaída, em especial por se ter agravado a sua depressão, mas foi considerada melhorada no final do tratamento e na catamnese (três meses após o tratamento), sendo neste momento capaz de solucionar todos os problemas levantados pela morte do marido, apesar de uma certa incapacidade residual.

Doente 9 — 27 anos, sexo feminino, agorafóbica desde os 12 anos. O início dos seus sintomas deu-se por volta dos 14-15 anos, a partir da altura em que viajava na carrinha do colégio com as janelas fechadas, generalizando depois para salas fechadas, multidões, etc., mantendo-se assim até ao início do tratamento. Muito motivada, progrediu rapidamente e foi considerada melhorada na catamnese, feita um mês depois do fim do tratamento. A relação com o marido, inicialmente muito dependente, pode agora considerar-se satisfatória, mantendo-se, no entanto, um certo grau de incapacidade social.

Doente 10 — 37 anos, sexo feminino, agorafóbica desde os 26 anos. Após um período de grande ansiedade, provocada por uma ligação com um homem casado, começou a sentir dificuldades em se afastar de casa, claustrofobia, etc. Manteve-se sempre agorafóbica, ainda que com flutuações até começar o tratamento. Apresentava também fobia de animais e crises depressivas. Foi considerada muito melhorada na catamnese, feita dois meses após o tratamento. Pela primeira vez na sua vida fez uma viagem, sozinha, de Lisboa ao Porto.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, S. e KINCEY, J. (1977) — «The treatment of agoraphobia: skill or technique?», in Boulanger, J. C. e Rabavilas, A. D. (ed.), *The treatment of phobic and obsessive compulsive disorders*, Pergamon Press, London.

BERGIN, A. E. e GARFIELD, S. L. (1971) — *The Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley and Sons, Inc., London.

EMMELKEMP, P. (1977) — «Phobias: theoretical and behavioural treatment considerations», in Boulanger, J. C. e Rabavilas, A. D. (ed.) *The*

treatment of phobic and obsessive compulsive disorders, Pergamon Press, London.

GELDER, M. (1977) — «Behavioural treatment of agoraphobia: some factors which restrict change after treatment», in Boulanger, J. C. e Rabavilas, A. D. (ed.), *The treatment of phobic and obsessive compulsive disorders*, Pergamon Press, London.

MARKS, I. J. e GELDER, M. (1965) — «A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients», *The British Journal of Psychiatry*, vol. III, n.º 478:561-573.

MARKS, I. J. (1970) — «The classification of phobic disorders», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 116, n.º 533:377-386.

MARKS, I. J. (1972) — «Perspective on flooding», *Seminars in Psychiatry*, vol. 4, n.º 2.

MATHEWS, A. (1977) — «Behavioural treatment: new findings, new problems», in Boulanger, J. C. e Rabavilas, A. D. (ed.), *The treatment of phobic and obsessive compulsive disorders*, Pergamon Press, London.

MAYER-GROSS, SLATER and ROTH (1977) — *Clinical Psychiatry*, Bailliere Tindall, London.

OBJECTIVOS COMPORTAMENTAIS E MEDIDAS DE AVALIAÇÃO

SUND/PICARD

OBSERVAÇÃO DIRECTA E MEDIDA DO COMPORTAMENTO

HUTT

FORMULAR OBJECTIVOS COMPORTAMENTAIS ÚTEIS

VARGAS

BASES BIOLÓGICAS DO COMPORTAMENTO

MCGUIGAN

PSICOTERAPIA NA PRÁTICA

FRANKL

PSICOLOGIA AMBIENTAL

HEIMSTRA/MC FAILING

PERSONALIDADE. TEORIA, AVALIAÇÃO E PESQUISA

PERVIN

PSICOLOGIA CIENTÍFICA CONTEMPORÂNEA

A. GILGEN

Fornecemos catálogos sobre
Psicologia, Pedagogia, Antropologia, etc.



Av. Sta. Joana Printesa, 12-E • Tel. 88 3365 • 1700 Lisboa

c.koupernik s.lebovici
d.widlöcher e outros

PSICOSES INFANTIS



 universidade



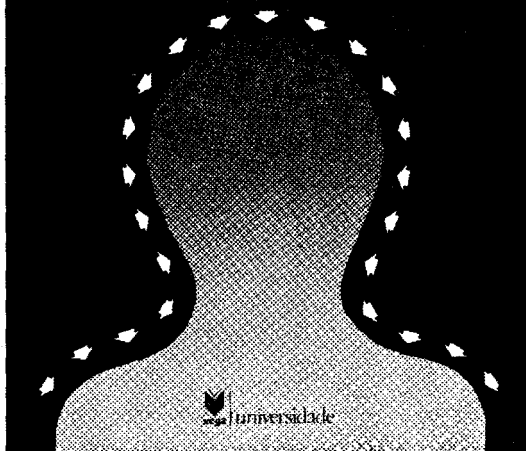
universidade

Uma colecção dirigida
a estudantes e
profissionais de todos
os ramos das ciências.

Obras de qualidade
integradas em secções
orientadas
por especialistas.

françois laplantine

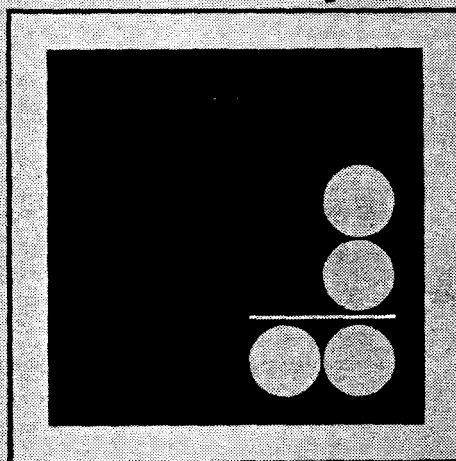
ETNOPSQUIATRIA




 universidade

roger gal

HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO



 universidade



Rua Jorge Ferreira de Vasconcelos, 8 • 1700 Lisboa • Telefone 73 00 75