

# Tratamento da neurose obsessivo-compulsiva pela «exposição em imaginação» e pela «exposição ao vivo» com modelagem e prevenção de respostas

UNIDADE DE PSICOTERAPIA INTENSIVA  
DO HOSPITAL JÚLIO DE MATOS \*

## I — INTRODUÇÃO

A neurose obsessivo-compulsiva é uma doença que provoca severa incapacidade e elevado grau de sofrimento. O seu prognóstico é igualmente sombrio e a maioria dos autores indicam que 80 % dos doentes se mantêm sem melhoria ao fim de 15 a 20 anos de tratamento psiquiátrico (Noyes e Kolb, 1963). Tanto quanto é do nosso conhecimento, os primeiros resultados encorajadores no tratamento desta doença foram publicados na revista *Behaviour Research and Therapy*, vol. 9, por Rachman, Hodgson e I. Marks, em 1971. Estes autores comparam a eficácia de duas técnicas de psicoterapia comportamental — modelagem e exposição ao vivo — em dez doentes obsessivo-compulsivos. A modelagem foi baseada no trabalho experimental de Bandura (1969) e a «exposição» foi

escolhida por ter sido considerada eficaz no tratamento de doentes fóbicos (Boulougouris *et al.*, 1971). A associação com a prevenção de respostas, também utilizada nestes trabalhos, deriva da técnica sugerida por V. Meyer (1966). Os resultados mostram que tanto a exposição como a modelagem eram significativamente mais eficazes que o tratamento de controle (relaxação), mas que não diferiam uma da outra na sua eficácia.

Numa série subsequente de mais cinco doentes obsessivo-compulsivos tratados com uma combinação das duas técnicas — exposição mais modelagem — com prevenção de respostas, esta abordagem terapêutica provou ser ligeiramente superior a qualquer das técnicas aplicadas em separado (Hodgson, Rachman e Marks, 1972). No entanto, verificou-se que quatro, de um total de quinze doentes tratados nestas séries, recusaram-se a cooperar, não cumpriam as instruções dadas pelos terapeutas no sentido de não executarem os actos compulsivos (rituais) entre as sessões (prevenção de respostas). Verificou-se ainda que em alguns casos parecia necessário o emprego da supervisão contínua para a prevenção das respostas que Levy e Meyer (1971) utilizaram com o fim de extinguir os rituais compulsivos.

\* 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.). Trabalho apresentado numa reunião da Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, realizada em Coimbra no dia 24-6-1978, subordinada ao tema geral de «Terapêutica do Comportamento».

Na catamnese feita pelo grupo de I. Marks (1975), dois anos depois do final do tratamento, dos 20 doentes 14 continuavam muito melhorados, um melhorado e cinco no mesmo estado; estes autores sugerem ainda que, em alguns casos, o tratamento no domicílio dos doentes, envolvendo os familiares na terapêutica, era da maior importância e concluíram que a exposição «ao vivo» com prevenção das respostas é geralmente uma técnica eficaz na redução duradoura dos rituais obsessivo-compulsivos em doentes com boa motivação.

No nosso entender, os resultados descritos são extremamente encorajadores e apresentam os mais significativos sucessos até hoje obtidos no tratamento desta neurose. Isto levou-nos a que utilizássemos estas técnicas na Consulta de Psicologia Comportamental do Hospital Júlio de Matos, a partir de 1973. O presente relato é um estudo-piloto dos casos tratados até esta data.

## II — DESCRIÇÃO DOS DOENTES DA AMOSTRA INICIAL

*Seleccionámos uma amostra inicial de 13 doentes que preenchem o diagnóstico de neurose obsessivo-compulsiva, como é definido por Dowson (1977):*

1. *Existência de ideias obsessivas cuja recorrência ou persistência é considerada pelo observador como estando para além do normal.*
2. *Existência de comportamento persistente ou recorrente (compulsivo) considerado pelo observador como irracional e para além do comportamento culturalmente aceite.*

*Foram excluídos os doentes com neurose obsessivo-compulsiva associada a psicose (1 caso), epilepsia temporal (3 casos) e leucotomia (1 caso) ou apenas com ideias obsessivas (ruminações) (1 caso). As fobias (i.e. medo intenso não proporcional ao estímulo aparente—Marks, 1970) não foram consideradas sintomas obsessivos, a menos que significassem:*

- a) *Medo de perder o autocontrole;*
- b) *Medo associado a um ou mais sintomas obsessivo-compulsivos, por exemplo, medo de contaminação.*

*A nossa amostra inicial inclui 7 mulheres e 6 homens, com a idade média de 32 anos (mínima 17, máxima 58 anos). Todos os doentes foram considerados como sofrendo de incapacidade de grave a moderada. A duração mínima da doença era de um ano, a máxima de 34 e a média de 11 anos. Todos tinham recebido tratamento psiquiátrico anterior, tal como electrochoque, cura de sono, medicamentos e psicoterapia.*

*Em 50 % dos doentes havia ramificações dos sintomas obsessivos para outros membros da família que estavam directamente envolvidos nos rituais e com eles colaboravam, reforçando-os. Na quase totalidade dos familiares próximos, nomeadamente nos adultos significativos na infância do doente, existiam sintomas obsessivos, e a educação recebida foi geralmente caracterizada pelo autoritarismo, rigidez, obediência e puritanismo. A personalidade prévia à doença foi, de um modo geral, considerada como tendo traços obsessivos. A maioria dos doentes foi considerada muito motivada em relação ao tratamento. Em todos os casos em que os doentes estavam a tomar medicação no início do tratamento, esta não foi interrompida. O aparecimento, em alguns casos, de depressão, tanto antes como durante ou depois do tratamento, não foi considerada como significativa e o doente recebeu medicamentos antidepressivos, sempre que isso foi julgado necessário.*

## III — PROTOCOLO CLÍNICO

*Dos treze doentes, só sete foram considerados como tendo preenchido todas as condições do protocolo clínico. Os restantes seis doentes não foram incluídos neste protocolo, porque a metodologia usada e/ou os tratamentos feitos não satisfaziam as condições requeridas. Neste grupo, a única metodologia uniforme foi a avaliação pelo psiquiatra entrevistador.*

*O protocolo foi elaborado do seguinte modo:*

1. *Observação:*
  - a) *Elaboração da história clínica;*
  - b) *Preenchimento dos seguintes testes: Diferenciador semântico; Auto-avaliador; E.P.I. (Eysenck Personality Inventory);*
  - c) *Observação independente por um médico exterior à consulta.*
2. *Tratamento:*
  - a) *Quinze sessões de exposição em imaginação, com prevenção de respostas;*

- b) *Avaliação: Auto-avaliador; Diferenciador semântico; E.P.I. (Eysenck Personality Inventory);*
- c) *Quinze sessões de exposição ao vivo, com modelagem e prevenção de respostas;*
- d) *Avaliação no fim do tratamento: Auto-avaliador; Diferenciador semântico; E.P.I.; Observador independente.*
3. *Catamnese (as avaliações são feitas ao fim de um mês, três meses, seis meses e um ano):*
- Auto-avaliador; Diferenciador semântico; E.P.I.; Avaliação pelo terapeuta (com a ajuda do preenchimento da escala do observador independente).*

O auto-avaliador e o avaliador independente foram modificados a partir dos de Gelder e Marks (1966) e Watson e Marks (1971). Cada doente e um observador (médico) independente avaliaram cada uma das cinco principais obsessões do doente, primeiro em relação ao grau de ansiedade e depois em relação ao grau de «evitação». Foi previamente verificado (Watson e Marks, 1971) que o «grau de confiança entre os avaliadores destas escalas é de 0,82 para as pontuações individuais e de 0,89 para os totais das cinco escalas. Tanto o doente como o avaliador independente calcularam também a ansiedade flutuante, crises de pânico, depressão e despersonalização. Além disso, o observador independente avaliou também a adaptação social, no que diz respeito às seguintes escalas: trabalho, tempos livres, vida sexual, relações familiares e relações fora da família.

A Escala de Atitudes foi baseada no Diferenciador Semântico de Osgood (1952). Foi aplicada usando conceitos extraídos da história clínica e fez-se uma simples comparação da conotação global, para cada conceito, no início e no fim do tratamento.

A avaliação do psiquiatra entrevistador foi feita segundo uma escala de 0 a 8, idêntica à que foi usada no auto-avaliador e pelo observador independente.

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

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

#### IV — DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

A) *Exposição ou flooding — 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 intensa emoção durante a sessão terapêutica. Esta confrontação pode fazer-se de várias maneiras:*

— *Em imaginação (por exemplo, o terapeuta utiliza uma gravação dos temas mais ansiogênicos, retirados da história clínica) ou*

— *Na vida real (ao vivo), em que o doente é acompanhado pelo terapeuta que faz modelagem, 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 no ao vivo, a duração média foi um pouco mais longa (2 a 2.30 horas). A frequência das sessões foi de três por semana. A duração média do tratamento foi de quatro meses e meio e o número médio de sessões por doente foi de 22.*

*Como exemplo da aplicação desta técnica vamos referir uma doente com medo da contaminação pelo pó e do contacto com objectos sujos.*

*Na primeira sessão, depois de lhe ter sido explicado o fundamento do exercício, pedimos-lhe para tocar no cesto dos papéis do gabinete, o que lhe provocou forte ansiedade. Repetido várias vezes o mesmo exercício, a ansiedade foi gradualmente diminuindo, até que finalmente deixou de haver qualquer dificuldade na sua execução. Nas sessões seguintes, foram escolhidas novas situações, como tocar no caixote do lixo.*

*Algumas sessões mais tarde, em casa da doente, os terapeutas procederam à «contaminação» do ambiente, tocando com panos do pó nos objectos, móveis e paredes.*

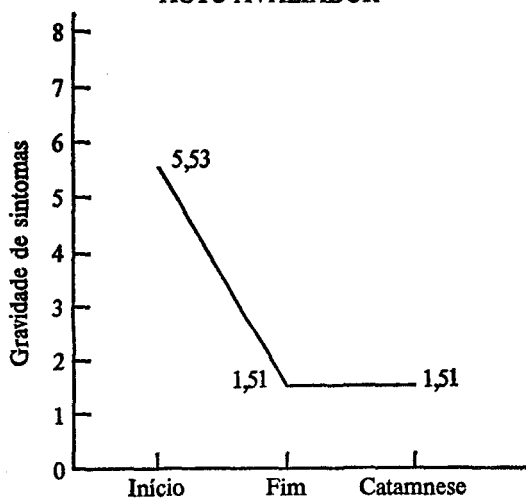
B) *Modelagem — O terapeuta serve de modelo enfrentando primeiro a situação que provoca comportamentos obsessivos (por exemplo, tocar no caixote do lixo) e pedindo em seguida à doente que o imite. Esta técnica foi utilizada em conjunto com a exposição ao vivo, sempre que considerada necessária.*

C) Prevenção das respostas — *No fim de cada sessão, pedia-se à doente que mantivesse a «contaminação» já feita e não executasse os rituais obsessivos. Esta técnica utilizou-se logo a partir da primeira sessão do tratamento.*

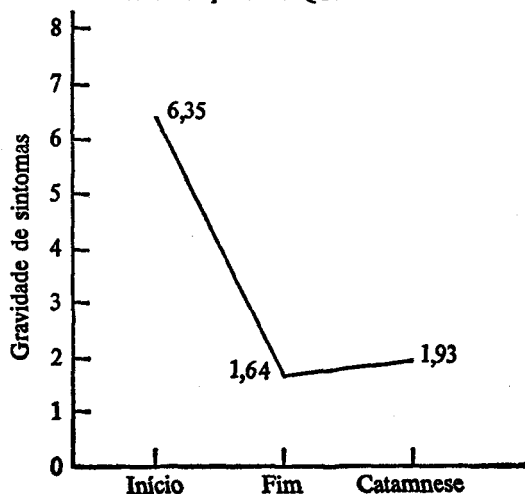
## V — RESULTADOS

O quadro I mostra os resultados conseguidos até à última catamnese feita. Houve melhorias significativas no fim do tratamento e na catamnese, no que são concordantes o auto-avaliador e a avaliação psiquiátrica. A avaliação feita pelo observador independente

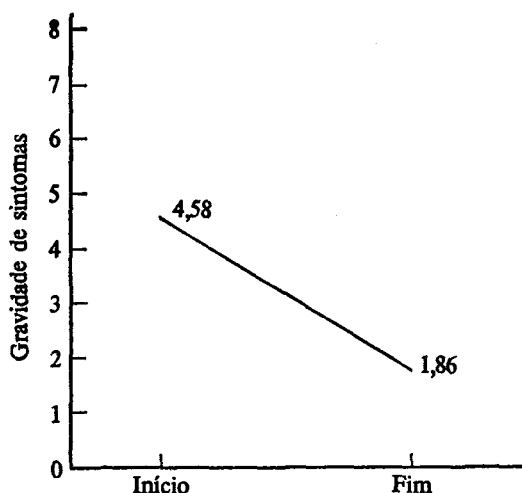
QUADRO I  
AUTO-AVALIADOR



AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA



QUADRO II  
AVALIADOR INDEPENDENTE



—quadro II— no início e no fim do tratamento, mostra que houve melhoria substancial. Esta abrange a adaptação ao trabalho, à família, à vida sexual e na ocupação dos tempos livres.

A variação de atitude no Diferenciador Semântico foi, de um modo geral, no sentido do negativo para o neutro e do negativo para o positivo.

No início do tratamento, a avaliação global dos doentes situava-se nos parâmetros de 4,9 a 6,2 (quadro III).

A meio do tratamento, dois doentes foram considerados «muito melhorados», quatro estavam «melhorados» e um encontrava-se no «mesmo estado».

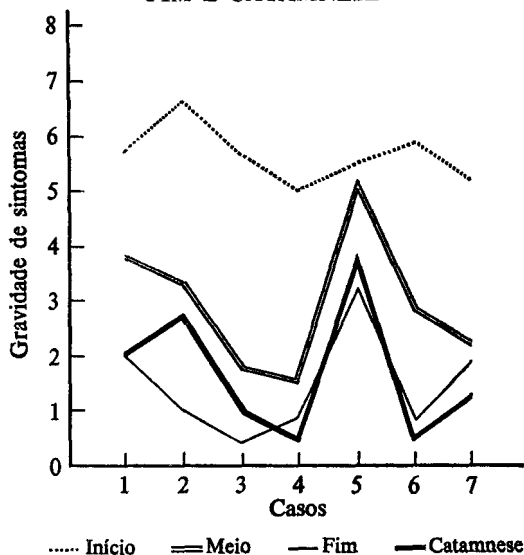
No fim do tratamento, quatro foram considerados «muito melhorados» e três «melhorados».

Na catamnese, quatro doentes encontram-se na situação de «muito melhorados» e os restantes três na situação de «melhorados».

No entanto, comparando o fim do tratamento com a catamnese, verifica-se que três doentes continuam na situação de «muito melhorados». Um dos doentes, que se encontrava no fim do tratamento na situação de «melhorado», passou à situação de «muito melhorado», enquanto que outro passou de «muito melhorado» para «me-

QUADRO III

GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA ESCALA DE 0 A 8 NO INÍCIO, MEIO, FIM E CATAMNESE



lhorado», e os restantes dois doentes continuam na mesma situação.

Pela leitura do gráfico constata-se uma certa homogeneidade na distribuição dos doentes no início do tratamento (entre 5 e 6).

O perfil das curvas referentes ao meio e final do tratamento e à catamnese, indicam uma maior dispersão de dados. Isto sugere-nos que as variáveis não controladas neste estudo, e que dizem respeito quer às características do doente (sexo, idade, motivação, duração e benefícios secundários da doença), quer às características do tratamento (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.

QUADRO IV  
 RELAÇÃO ENTRE A DURAÇÃO MÉDIA DOS SINTOMAS E O RESULTADO NO FIM DO TRATAMENTO

	Duração média dos sintomas	Parâmetros	N.º de doentes
Muito melhorado	4 anos	1- 8 anos	4
Melhorado	8 anos	3-11 anos	3
No mesmo estado	—	—	—

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

O teste de sinais revelou a existência de diferença significativa entre o princípio e o fim do tratamento e entre o princípio e a catamnese. Entre o fim do tratamento e a catamnese não há diferença significativa, o que leva a supor uma tendência global para a estabilização dos resultados obtidos com o tratamento.

No nosso estudo, nem a idade do doente nem a duração do tratamento parecem estar relacionadas com os resultados. Por outro lado, parece-nos que, quanto menor for a duração média dos sintomas melhor é o prognóstico.

Os cinco doentes considerados muito motivados obtiveram melhores resultados que os outros dois.

Em nenhum dos doentes apareceram novos sintomas no período entre o fim do tratamento e a catamnese.

VI — DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A nossa amostra é bastante pequena para ser significativa. No entanto, os sete doentes tratados neste estudo parcialmente controlado, apresentam melhorias significativas tanto no fim do tratamento como na última catamnese feita. Em dois doentes que terminaram o tratamento há dois anos e meio e há quatro anos as melhorias obtidas mantêm-se. Este estudo parece confirmar os trabalhos atrás citados, no que diz respeito a:

1.º — Características dos doentes (amostra inicial de 13 casos).

2.º — Eficácia da psicoterapia utilizada (amostra de sete casos segundo o protocolo — exposição em imaginação-exposição ao vivo).

Parece-nos ainda que um dos passos mais importantes do tratamento é a intervenção em casa e no local de trabalho, não só pela necessidade de «contaminar» o ambiente próximo do

doente, como pela oportunidade em envolver os familiares no tratamento e facilitar ao doente a aprendizagem de comportamentos mais adequados.

Num caso não seleccionado para este estudo, organizámos durante 15 dias a supervisão contínua (24 h/dia), mas não aplicámos essa técnica a outros doentes que talvez beneficiassem com ela, pela sua grande exigência em tempo e pessoal.

A melhoria de adaptação social que se verificou após a eliminação dos rituais, mostra até que ponto o doente fica posteriormente disponível para reestruturar a sua vida, sem que, no entanto, a nossa terapêutica tenha sido orientada, no essencial, para esse fim.

No nosso estudo não nos é possível tirar conclusões acerca da eficácia relativa dos dois tipos de «exposição» usados. No entanto, ficámos com a impressão de que a «exposição ao vivo» é mais eficaz que a exposição em imaginação. Isso necessitaria de futura pesquisa para ser confirmado.

#### RESUMO

*Os autores apresentam os resultados da aplicação de técnicas de terapia do comportamento a sete doentes com neurose obsessivo-compulsiva, em regime de consulta externa, na Unidade de Psicoterapia Intensiva no Hospital Júlio de Matos. O estudo é realizado sobre uma amostra de quatro mulheres e de três homens, cuja incapacidade ia de grave a moderada. A duração média da doença era de onze anos. A avaliação dos doentes foi feita no início e no fim do tratamento e numa catamnese. Os métodos de avaliação foram: Auto-avaliador, Eysenck Personality Inventory, observação independente por um médico exterior à consulta. As técnicas usadas na terapia foram: exposição em imaginação e, posteriormente, ao vivo, com modelagem e prevenção de respostas. A duração média do tratamento foi de quatro meses e meio.*

*Os resultados obtidos no fim do tratamento foram os seguintes: quatro doentes «muito melhorados» e três «melhorados». Verificou-se, na catamnese, uma estabilização geral dos efeitos do tratamento. Embora a amostra fosse demasiado pequena para ser significativa, foi, no en-*

*tanto, concluído que os sete doentes responderam favoravelmente às técnicas usadas. Em nenhum caso se verificou o aparecimento de novos sintomas durante ou após o tratamento.*

#### SUMMARY

*The authors present the results of the application of behaviour therapy techniques to seven obsessive-compulsive patients, treated as out-patients in the Intensive Psychotherapy Unit, in the Júlio de Matos Hospital. The study is conducted with a sample of four women and three men, whose incapacity ranged from severe to moderate. The average duration of the illness was eleven years. The patients were assessed in the beginning and in the end of the treatment, and in a follow-up interview. The methods of assessment were: self-rating scales, the Eysenck Personality Inventory, and «blind» assessment by an external doctor. The techniques used in the therapy were: flooding «in imagination», followed by flooding «in vivo», with modelling and response prevention. The average duration of the treatment was four and a half months.*

*The results obtained at the end of the treatment were the following: four patients «much improved» and three patients «improved». At follow-up, a general stability in the effects of the treatment was found. Although the sample was too small to be significant it was, nevertheless, concluded that the seven patients treated responded favourably to the techniques employed. None of the patients presented new symptoms either during or after the treatment.*

#### APÊNDICE

*Doente 1 — 22 anos, do sexo masculino, apresentava há dez anos ideias obsessivas, rituais de lavagem e rituais no comer, no vestir e no andar, acompanhados por tiques motores complexos. A motivação foi aumentando com o progresso do tratamento e na última catamnese (seis meses após o tratamento) foi considerado melhorado. Tendo interrompido os estudos há cinco anos devido aos sintomas, matriculou-se numa escola de arte após o tratamento.*

*Doente 2 — 31 anos, do sexo feminino, apresentava há um ano ideias obsessivas de contaminação, pelos insecticidas e rituais de lavagem. Apesar de não ter sido possível estender o tratamento a sua casa, por residir longe de Lisboa, melhorou rapidamente com o tratamento e foi considerada muito melhorada. Na catamnese,*

ao fim de um mês, e após o seu regresso a casa, apresentava ligeira recaída, mas foi ainda considerada como melhorada.

*Doente 3* — 17 anos, do sexo masculino, com ideias obsessivas há três anos, centradas no estudo e na família, acompanhadas de rituais de verificação e de lavagem. Pouco motivado no início do tratamento, a sua cooperação aumentou significativamente e foi considerado muito melhorado na última catamnese (três meses após o tratamento), estando neste momento a efetuar normalmente a sua vida escolar.

*Doente 4* — 31 anos, sexo feminino, estrangeira residente em Portugal há cinco anos, tinha rituais de lavagem e de verificação, com três anos de duração, relacionados com vômitos e excrementos. A motivação foi boa desde o início e continua muito melhorada na última catamnese (seis meses).

*Doente 5* — 28 anos, sexo masculino, há 11 anos que apresentava rituais muito elaborados no andar na rua, em casa e no local de trabalho. À noite imaginava lutar contra um vampiro, que tinha de «matar» onze vezes. Apesar da sua deficiente colaboração o doente melhorou, mantendo-se neste estado até à catamnese dois meses após o tratamento.

*Doente 6* — 31 anos, sexo feminino, doente há 8 anos com lavagens compulsivas das mãos e fóbica de contaminação sexual. A sua cooperação no tratamento foi muito boa e o resultado final de muito melhorada mantinha-se até à última catamnese feita quatro anos após o tratamento.

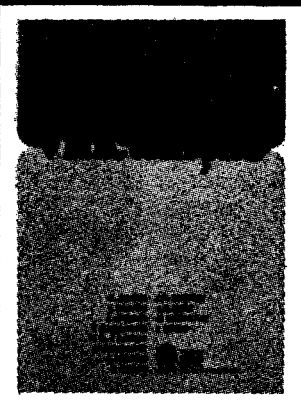
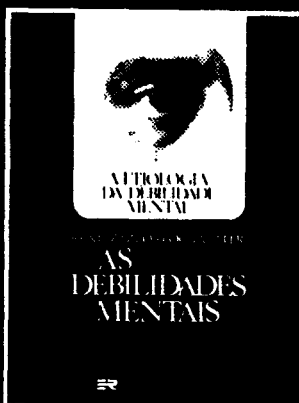
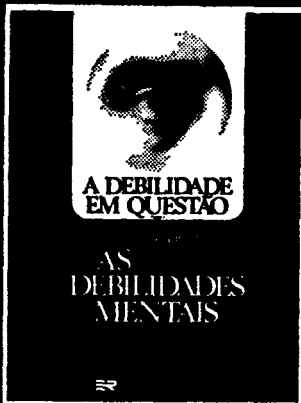
*Doente 7* — 21 anos, sexo feminino, doente há três anos, com rituais de lavagem e de verificação. O seu medo de contaminação pela sujeira

levava-a a evitar beijar o pai, a mãe e a irmã, principalmente depois de comerem. Fez progressos substanciais durante o tratamento e na catamnese, feita dois anos depois, continua a ser considerada muito melhorada.

## REFERÊNCIAS

- BANDURA, A. (1969) — *The Principles of Behaviour Modification*, Holt, Rhinehart and Winston, New York.
- BOULONGOURIS, J.; MARSET, P. e MARKS, I.M. (1971) — «Superiority of flooding (implosion) to desensitization for reducing pathological fear», *Behaviour Research and Therapy*, 9:7-16.
- DOWSON, J.H. (1977) — «The phenomenology of severe obsessive compulsive neurosis», *British Journal of Psychiatry*, 131:75-78.
- HODGSON, R.; RACHMAN, S. e MARKS, I. (1972) — «The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings», *Behaviour Research and Therapy*, 10:181-189.
- LEVY, R. e MEYER, V. (1971) — «Ritual prevention in obsessional patients», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 64:1115-1118.
- MARKS, I. (1970) — «The classification of phobic disorders», *British Journal of Psychiatry*, 116:377-386.
- MARKS, I.M.; HODGSON, R. e RACHMAN, S. (1975) — «Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure — a two-year follow-up and issues in treatment», *British Journal of Psychiatry*, 127:349-364.
- MEYER, V. (1966) — «Modification of expectatives cases with obsessional rituals», *Behaviour Research and Therapy*, 4:273-280.
- NOYES, A.P. e KOLB, L.C. (1963) — *Modern Clinical Psychiatry*, Saunders, Philadelphia.
- O'LEAVY, K. e WILSON, G. (1975) — *Behaviour Therapy — Application and Outcome*, Prentice Hall, New Jersey.
- OSGOOD, E.E. (1952) — «The nature and measurement of meaning», *Psychological Bulletin*, 49: 197-237.

# COLEÇÃO EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO



Na coleção Educação e Reabilitação a criança é tomada como centro de movimento e de força, em torno do qual gira toda a pedagogia e ajuda terapêutica, incidindo sobretudo no aspecto vital e existencial do desenvolvimento. Uma coleção para o educador, o professor e o pai. Indispensável.



**SOCICULTUR**

R. Portugal Durão, 7 B - 1600 Lisboa - Tel. 77 55 93  
Distribuição: Centro do Livro Brasileiro