

Revisão dos resultados do tratamento comportamental da Neurose Obsessivo-Compulsiva crónica

AFONSO DE ALBUQUERQUE*

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 10 anos depois da primeira publicação portuguesa sobre os resultados encorajadores do tratamento da Neurose Obsessivo-Compulsiva NOC por técnicas comportamentais («Análise Psicológica» — 1979) chega agora a altura de fazer um balanço que permita novos avanços terapêuticos. Para isso, nada melhor que uma avaliação dos insucessos desta terapia e uma afinação dos instrumentos clínicos ao nosso dispor. Para uma doença cujo prognóstico era sombrio em relação a todas as outras intervenções médicas e psicológicas existentes, mantendo-se 80% dos doentes sem melhoria ao fim de 15 a 20 anos de tratamento psiquiátrico (Noyes e Kolb, 1963), as técnicas comportamentais, nomeadamente a «exposição ao vivo», com «modelagem» e «prevenção de respostas», mostram uma eficácia comprovada em cerca de 70% dos doentes, em dezenas de estudos que nos vêm de diversos países europeus, americanos ou asiáticos, muitos deles com catamneses de alguns anos.

Justifica-se assim, que vinte anos depois do trabalho pioneiro de Rachman, Hodgson e Marks, publicado em 1971, os comportamentalistas se debrucem, um pouco por todo o lado, não já a confirmar um sucesso que se tornou habitual e incontroverso mas a querer saber os «porquês» dos insucessos.

É isso que aqui tentamos fazer em relação à experiência acumulada no nosso Serviço até 1986, dado que a partir de 1987 os casos de NOC passaram a estar integrados num protocolo de investigação ainda a decorrer.

Os critérios de diagnóstico, métodos de avaliação e a descrição das técnicas terapêuticas são os referidos em trabalhos já por nós publicados e para os quais remetemos o leitor mais interessado.

Referimos apenas que a nossa amostra contém mais doentes com lavagens do que com verificações ritualizadas, tendo todos mais de um ano de duração da doença.

2. OS RESULTADOS DE «EXPOSIÇÃO AO VIVO» COMPARADOS COM A «EXPOSIÇÃO EM IMAGINAÇÃO»

Do trabalho publicado em 1981 ressalta claramente que a exposição «ao vivo», ou seja, mais de 1 hora de contacto com a situação ansiogénica, é mais eficaz que a feita «em imaginação», tanto para fóbicos como para obsessivos.

Basta notar que para amostras com características semelhantes, a associação das duas formas («ao vivo» e em «imaginação»), no primeiro grupo, obteve resultados comparáveis aos que se conseguiram quando foi usado só «ao vivo» (segundo grupo). Isto significa que o ingrediente activo foi a «exposição ao vivo» e que a soma das duas não só não se tornou mais

* Psiquiatra. Director do Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos.

QUADRO I
Obsessivos tratados por «Exposição»

	N.º DOENTES	SEXO	IDADE MÉDIA	DURAÇÃO MÉDIA/DOENÇA	DURAÇÃO MÉDIA TRAT.			RESULTADOS	
					Tempo p/ sessão	N.º sessões	Total horas	No fim trat.	Última Catamnese
«Imaginação» + «ao vivo»	7	4 H 3 M	32	11 anos	2 H	22	44	M. M. - 4 M. - 3 M. E. - 0	4 3 0
Só «ao vivo»	6	4 H 2 M	36.7	12.5 anos	2 H	7	14	M. M. - 4 M. - 2 M. E. - 0	4 2 0

M = melhorado; MM = muito melhorado; ME = mesmo estado.

eficaz, como aumentou a duração média do tratamento de 14 horas para 44 horas. Este estudo confirma assim outras investigações (Rachman, 1980). A partir destas conclusões, a «exposição em imaginação» deixou de ser usada na nossa prática clínica e a «exposição ao vivo», com «prevenção de respostas» (não fazer os rituais) com ou sem «modelagem» (o terapeuta como «modelo» da exposição), passou a ser o tratamento de escolha para a NOC. A «exposição em imaginação» só é necessária quando o doente tem medo de potenciais catástrofes (p. ex. matar um filho, largar fogo, etc...).

3. TRATAMENTO DAS RUMINAÇÕES

Apesar da doença ruminativa ser diferente da NOC, dado que não apresenta comportamentos

(rituais) obsessivos, mas apenas ideativos, merece aqui uma referência porque pode surgir não só como independente, mas também como associada à NOC. É assim que alguns doentes com NOC, após o tratamento com exposição, melhoraram consideravelmente dos seus rituais, mas mantêm-se ruminativos. Ora as intervenções terapêuticas para este problema estão longe de serem satisfatórias e apenas uma se tem mostrado promissora — a «saciação». Apesar de Rachman (1977) a ter achado pouco útil, fomos encorajados a utilizá-la para um trabalho de Stern (1978).

Sobre este trabalho foram elaborados dois artigos — A. Albuquerque e outros, e C. Soares (1981).

A partir da experiência acumulada no nosso serviço, elaborámos o seguinte quadro:

QUADRO II
RUMINAÇÕES
Tratamento por «SACIAÇÃO»

N.º DOENTES	SEXO	IDADE MÉDIA	DURAÇÃO MÉDIA DA DOENÇA	ESTADOS ASSOCIADOS	RECUSAS	DESISTÊNCIAS	RESULTADOS (APÓS 2 ANOS CATAMN.)
18	5 H 13 M	41.5 anos	9 anos	Depressão - 12 Rituais - 6 Fobias - 6 Lentidão Obs. - 1 Ciúme Patol. - 1	1	4	M. e M.M. - 13

M = melhorado; MM = muito melhorado; ME = mesmo estado.

No seu conjunto, estes resultados são encorajadores, mas algumas questões se levantam:

1.º) Encontramos dificuldades metodológicas tanto na avaliação, como na monitorização, dada a sua natureza ideativa.

2.º) Temos duvidas quanto à duração óptima de cada sessão (no nosso protocolo ela é de 30 minutos), ao número e frequência das sessões, etc...

3.º) O curso e o prognóstico dependem da interacção entre rumações e depressão associada, pois a melhoria de uma leva frequentemente à melhoria de outra, assim como se o doente sofre uma recaída de depressão pode também voltar a sofrer um aumento das rumações.

4.º) A percentagem de recusas e desistências (27%) é semelhante à da NOC (24%), como adiante veremos. De notar, no entanto; que enquanto nos ruminativos só há 1 recusa, mas 4 desistências, na NOC há proporcionalmente mais recusas do que desistências. A explicação mais imediata que nos ocorre é a de que os ruminativos comparativamente aceitam melhor iniciar o tratamento, talvez por lhes não parecer tão ansiogénico, mas desistem com mais facilidade porque um grande número se queixa de que fazer a saciação durante 30 minutos «é muito difícil».

4. TRATAMENTO DA NOC POR «EXPOSIÇÃO AO VIVO», COM «PREVENÇÃO DE RESPOSTAS» E «MODELAGEM»

Reunimos a nossa casuística de dez anos no seguinte quadro:

QUADRO III
NEUROSE OBSESSIVO-COMPULSIVA
(casuística de 10 anos) — 1976-86

N.º de casos	Sexo	Idade média	Duração média doença	Recusas	Desistências	Casos tratados	Em tratamento
54	32 M	43 anos	11.4 anos	8 (14.8%)	5 (9.2%)	36	5
	22 H						

Comprova-se mais uma vez a natureza crónica desta doença (11,4 anos de duração média) e uma percentagem de 24% de doentes que não terminam o tratamento (1 em cada 4). Estes números são semelhantes aos de outros estudos (Marks, 1987).

No quadro seguinte resumem-se os resultados dos 36 casos tratados:

QUADRO IV
Resultados do tratamento

N.º de casos	DURAÇÃO MÉDIA DO TRATAMENTO			RESULTADOS	
	Tempo p/ sessão	N.º de sessões	Total de horas	Fim do tratamento	Última catamnese
36	2 H	10	20	M.M. 20	19
				M. 13	12
				M.E. 3	5

MM = muito melhorado; M = melhorado; ME = mesmo estado.

Confirma-se assim, que a duração média do tratamento (10 sessões) mostra a surpreendente rapidez desta abordagem terapêutica; bem como o facto de que 95% dos que finalizaram o tratamento estão melhores ou muito melhores, mantendo-se estáveis após catamneses que na maioria dos casos oscilem entre 6 meses a 2 anos. Consideramos «muito melhorados» os que apresentaram uma mudança de 4 ou mais pontos numa escala de 0-8, os «melhorados» uma mudança entre 2 a 3,9 pontos, e os no «mesmo estado» uma mudança menor que 2 pontos (A. Psicol., 1979).

5. INSUCESSOS NO TRATAMENTO COMPORTAMENTAL DA NOC

De uma forma geral podemos indicar uma percentagem entre 20 a 30% de insucesso nas séries clínicas publicadas até agora:

QUADRO V
Insucesso no tratamento da NOC

	FOA (1983)	MARKS & RACHMAN (1979)	PRESENTE AMOSTRA
N.º de doentes	72	130	54
Recusas	13%	25%	14,8%
Desistências	3%	3%	9%
Insucessos na terapia	12,5%	?	5,4%
Recaídas	4,5%	?	3,6%
Sucessos (na catamnese)	67%	64%	67%

Devemos no entanto precisar melhor quais os tipos de insucessos a que nos referimos:

1. *Recusas* — O doente recusa iniciar o tratamento após ter conhecimento deste. As causas mais frequentes das recusas são o receio do sofrimento que pode vir a sentir, o considerar que o tratamento irá exigir mais do que o doente é capaz de dar, a dificuldade em acreditar na sua eficácia e o receio em relação ao internamento (1 na nossa amostra).

2. *Desistências* — O doente desiste antes do terapeuta decidir que o seu tratamento chegou ao fim. Encontramos como causas mais frequentes a pressão familiar, o aceitar tratamentos «mais confortáveis» oferecidos por outras terapias, a falta de motivação para melhorar (2 na nossa amostra) e certas características do terapeuta (p. ex. arrogância, permissividade, falta de simpatia).

3. *Insucessos da terapia* — O doente não responde ao tratamento indicado, aplicado durante o tempo suficiente. Como já vimos, o tratamento indicado é a combinação «exposição ao vivo», com «prevenção de respostas» e «modelagem» quando necessário. Convém no entanto sublinhar que alguns doentes necessitam de um número adicional de sessões, para além das 10 a 15 usualmente suficientes (Foa, 1985). Para Rachman (1980) a causa mais importante do insucesso desta terapia é a falta de cumprimento das instruções terapêuticas, mas na nossa amostra apenas encontramos 1 caso, talvez porque na série de Rachman haja mais «verificadores» do que na nossa, e segundo Rachman os doentes têm mais dificuldade em bloquear as suas verificações do que em bloquear as lavagens ritualizadas. Contudo, na série de Foa não se verifica diferença entre os «lavadores» e os «verificadores».

Finalmente, a depressão tem sido apontada como a causa mais frequente do insucesso desta terapia, em especial quando ela é severa e precede o início do NOC. Voltaremos de novo a esta questão um pouco mais adiante, dada a importância que actualmente esta associação (depressão/NOC) adquiriu tanto na prática clínica como na investigação.

4. *Recaldas* — Re-aparece a sintomatologia inicial algum tempo após o fim de um tratamento com sucesso. Apesar de raras (apenas uma na nossa amostra), podem dever-se a dois tipos de problemas: aparecimento de uma crise depressiva ou a existência de ideias hipervalorizadas (Foa, 1985). Um exemplo deste último problema é o caso do doente que afir-

mava ter sido «contaminado» por resíduos radioactivos e para o qual foi necessário pedir a um técnico dessa especialidade para ajudar no combate lógico a essa ideia.

Podemos assim resumir as características mais frequentes dos doentes que apresentam insucesso terapêutico (segundo Foa, 1983).

1. *Depressão* — encontra-se uma elevada correlação entre a existência e a severidade da depressão antes do início do tratamento e o insucesso terapêutico.

2. *Ansiedade* — apesar dos doentes com alto índice de ansiedade terem tão bons resultados como os que apresentavam um baixo índice, os melhores resultados obtêm-se nos doentes com índice moderado de ansiedade.

3. *Idade de início da doença* — quanto mais cedo se iniciou a doença, melhores foram os resultados, ainda que não seja fácil explicar porquê. Na nossa amostra, todos os doentes têm mais de 16 anos, pelo que não nos foi possível verificar esta característica. É importante realçar que nem a duração da doença, nem a sua severidade estão relacionadas com a resposta ao tratamento.

4. *Ideias hipervalorizadas* — apesar de serem ainda objecto de investigação, têm sem dúvida importância na explicação de um certo número de insucessos.

6. DISCUSSÃO DOS INSUCESSOS DA «EXPOSIÇÃO»

Continuando de perto a seguir Foa (1983) e Rachman (1980) começemos por considerar o conceito de «processamento emocional» (Lang, 1970): consiste no processo psicológico pelo qual as perturbações emocionais são absorvidas e eliminadas ao ponto de permitir que outras experiências e comportamentos continuem sem interrupção. Durante as sessões de «exposição», quanto mais estímulos relevantes estiverem incluídos, maior será a «reactividade» emocional a esses estímulos e portanto mais completo será o «processamento emocional» e consequentemente melhores resultados. Simultaneamente, um outro mecanismo (mas este cognitivo) procede à re-classificação das perturbações emocionais, o que as torna menos «carregadas» emocio-

nalmente e permite assim a habituação a longo prazo, ou seja, entre as sessões.

Podemos assim teorizar que pelo menos dois caminhos podem conduzir ao insucesso do «processamento emocional»: ou por «evitação excessiva» (tanto cognitiva como comportamental) ou por um grau elevado de reactividade (arousal) desencadeado pelos estímulos ansiogénicos. No primeiro caso, o insucesso pode ser ultrapassado exactamente pela «exposição» aos estímulos evitados mas se, mesmo assim, o doente «evita» cognitivamente (p. ex. distraíndo-se com outros pensamentos) torna-se necessário implementar técnicas para melhorar a concentração da atenção e assim facilitar a exposição.

No segundo caso, será que a exposição irá facilitar o «processamento emocional»? Vários trabalhos indicam que não (Lader, 1969). Assim, os doentes com elevados índices de ansiedade ou de depressão («arousal elevado») mostram pior «processamento emocional», menor habituação e, por conseguinte piores resultados terapêuticos. É o que acontece nos doentes deprimidos, que têm tendência para responder com uma maior reactividade, emocional o que os impede de um «processamento» adequado não só durante as sessões de exposição como também entre as sessões.

Em conclusão, devemos tentar aumentar a reactividade dos «evitadores» e diminuir o nível de reactividade dos «hiper-reativos». As técnicas que podemos utilizar para este efeito terão que ser escolhidas individualmente, mas podemos dar como exemplo para o primeiro caso a «não distração», as apresentações vividas dos estímulos e o «role-playing» e para o segundo caso técnicas de relaxação e medicamentos anti-depressivos. O valor dos ansiolíticos permanece por demonstrar, mas a terem algum é parcial e de curta duração, não se mantendo após a interrupção do medicamento (Marks, 1987).

7. CONCLUSÕES

A «revolução» comportamental no tratamento de NOC, com uma percentagem de sucesso de 65% na catamnese, tem vindo a ser confirmado por estudos controlados de séries de doentes tratados em vários países, com técnicas que no essencial persuadem o doente a manter-se exposto aos estímulos que lhe provocam ansiedade até desaparecer o seu descon-

forto. Aproximadamente 25% dos doentes recusam tratamento (antes ou durante as sessões) pelo que devemos melhorar a nossa informação e apoio logo a partir da primeira entrevista, dado que não é possível alterar o sofrimento que a exposição terá sempre de desencadear. Podemos no entanto afirmar que a grande maioria dos doentes que iniciam a terapia a terminam com sucesso. Todas as técnicas que não levam à «exposição» são redundantes pois não conduzem à habituação da ansiedade, bem como a não implementação da «prevenção de respostas» leva à continuação dos comportamentos ritualizados. Estão neste caso as técnicas cognitivas ultimamente propostas sob a designação geral de «Terapia Cognitiva». A «exposição em imaginação» tem resultados piores do que «ao vivo» e só se justifica a sua utilização naqueles casos onde é difícil conseguir estímulos ansiogénicos reais.

Para aqueles doentes em que não há comportamento ritualizado mas existe patologia apenas a nível ideativo (ruminações) os resultados são piores mas algumas técnicas (p. ex. a saciação), facilitando a exposição em imaginação, tem sido utilizadas com algum sucesso. Mantém-se no entanto as dificuldades metodológicas que advêm da própria natureza puramente ideativa deste problema e que dificultam a investigação nesta área ainda pouco avançada.

Trabalho recente e ainda em progresso sobre os resultados comparativos de «auto-exposição» (ou exposição sem terapeuta) feita a partir de manuais, por computador, ou com informações dadas pelo terapeuta, apontam para resultados tão bons como os conseguidos na «exposição com terapeuta». A confirmarem-se estes dados, a auto-exposição terá uma grande expansão dado o seu custo-eficácia ser muito menor, não só no que diz respeito ao tempo gasto pelo terapeuta, como à possibilidade de muitos doentes se poderem tratar a eles próprios sem qualquer ajuda do terapeuta.

Marks afirma que a primeira «revolução» da terapia comportamental, há 20 anos, nas fobias e na NOC, foi a «exposição», e que a segunda «revolução» é actualmente a da «exposição sem terapeuta» (Conferência proferida no H.J.M., 1988). Não se conhecem ainda, no entanto, quais as variáveis que permitam seleccionar adequadamente os doentes para a exposição com ou sem terapeuta.

Ainda que a exposição pareça uma tarefa fácil pode de facto tornar-se complicada. Assim, torna-se por vezes necessária a «modelagem», em especial

com aqueles doentes que não estão seguros do que fazer, ou ainda a graduação e a variação das tarefas, a fim de facilitar a exposição a todos os estímulos ansiogénicos. As melhorias parciais não são estáveis e a maioria destes doentes tem tendência à recaída, pelo que se deve descobrir maneira de levar esses doentes a melhorar rapidamente.

A relação entre depressão e resultados é linear, ou seja, os doentes com depressão severa têm piores resultados do que os doentes sem depressão ou com depressões ligeiras. Assim, os doentes que apresentam depressão antes do início de NOC deverão ser prioritariamente tratados com anti-depressivos e só depois com exposição. Se a depressão é secundária à NOC, a exposição será facilitada se associarmos um anti-depressivo. Resta no entanto provar que os anti-depressivos (p. ex. clomipramina) tenham efeitos anti-obsessivos específicos ou se é o seu efeito anti-depressivo que facilita a exposição e daí a melhoria da NOC associada. Esta questão não está ainda totalmente esclarecida, apesar da série de estudos controlados de vários autores (I. Marks, 87). Neste sentido, decorre neste momento no nosso Serviço um estudo controlado com o objectivo de comparar os efeitos de três tipos de tratamento da NOC — anti-depressivo (clomipramina), exposição com terapeuta e auto-exposição.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, A. e GAMITO, L. (1981) — «Contribuição para o estudo da história natural dos estados ansiosos», J. do Médico, Julho.
- ALBUQUERQUE, A., PEREIRA, A., SOARES, C., e RIOS, F. (1981) — «A Saciação no tratamento das ruminações obsessivas e das convicções delirantes: análise de casos», Psiq. Clin., 2, 27-33.
- BEECH, H. R. (ed) (1974) — «Obsessional States», Methuen, London.
- EMMELKAMP, P. (1982) — «Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders», Plenum Press, N. York.
- FOA, E., e EMMELKAMP, P. (1983) — «Failures in Behaviour Therapy», Wiley and Sons, N. York.
- FOA, E., STEKETEE, G., e OZARON, B. (1985) — «Behaviour Therapr with OCD», in Mavissakalian, M. (Editor), OCD, Plenum, N. York.
- LADER, M., e WING, L. (1969) — «Physiological measures in agitated and retarded depressed patients», J. of Psych. Res., 7, 89-100.
- LANG, P., e Others (1970) — «A psychophysiological analysis of fear modification using an automated

- desensitization procedure», J. Abr. Psych., 76, 220-234.
- MARKS, I., HODGSON, R., e RACHMAN, S. (1975) — «Treatment of chronic OCD two years after in vivo exposure», Br. J. Psych., 127, 349-64.
- MARKS, I., STERN, R., MAWSON, D., COBB, J. R., MCDONALD, R. (1980) — «Clomipramine and exposure for obs-compulsive rituals», Brit. J. Psych., 136, 1-25.
- MARKS, I. (1987) — «Fears, Phobias and Rituals», Oxford Univ. Press.
- RACHMAN, S., HODGSON, R., e MARKS, I. (1971) — «The treatment of chronic obsessional neurosis», Beh. Res. & Therapy, 9, 237-47.
- RACHMAN, S., HODGSON, R., e MARKS, I. (1973) — «The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by modeling and flooding in vivo», Beh. Res. & Ther., 11, 463-71.
- RACHMAN, S. (1977) — «Obsessional ruminations», Beh. Res. Ther., 9, 229-35.
- RACHMAN, S., e WILSON, G. (1980) — «The Effects of Psychological Therapy», 2.^a ed., Pergamon Press.
- SOARES, C. (1981) — «A saciação: um avanço clínico?», Psiq. Clin., 2 (1), 35-39.
- STERN, R. (1978) — «Obsessive thoughts: the problem of therapy», Br. J. Psych., 132, 200-205.
- UNIDADE DE PSICOTERAPIA INTENSIVA - H.J.M. (1979) — «Tratamento da NOC pela «exposição ao vivo» com modelagem e prevenção de respostas», «Análise Psicológica», 11, 2: 221-228.

SUMÁRIO

Vinte anos após a «revolução» que a «exposição» trouxe à terapia do comportamento, e no seguimento dos trabalhos publicados desde há 10 anos por este Serviço, é a altura de fazer uma revisão dos sucessos e dos insucessos desta terapia na NOC (exposição ao vivo, prevenção de respostas e modelagem).

O autor conclui que na amostra de 18 ruminativos a saciação surge como um avanço clínico na terapia, embora persistam dificuldades clínicas e metodológicas, enquanto que na série de 54 doentes com NOC, os resultados são de 65% de sucesso na catamnese, sendo relativamente elevada a percentagem de recusas e desistências (24%), o que confirma os resultados obtidos habitualmente com séries idênticas noutros países. A análise das causas dos insucessos permite desde já a implementação de medidas que eventualmente levarão à sua redução.

SUMMARY

Twenty years after the revolution that exposure has brought to behaviour therapy and following the work published by this Department in the last ten years, it would seem

the proper moment to consider and revise the successes and the failures resulting from the application of this type of therapy (in vivo exposure, response prevention and modeling) to OCD.

The author concludes that in a sample of 18 cases of ruminations, satiation emerges as a clinical advance in therapy, despite the persistence of clinical and methodo-

logical difficulties. In a series of 54 cases of NOC the results are 65% success at follow-up, with a relatively high percentage of refusals and drop-outs (24%), which is in conformity with the results usually obtained in other countries with identical samples. Analysing the causes of our failures has led to the implementation of measures which we will eventually lead to a reduction of those.