

DISTÚRBO OBSESSIVO COMPULSIVO E TRATAMENTO: A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICODINÂMICA

2009

Tiago João Moreira Afonso

Aluno da Licenciatura em Psicologia da Universidade da Beira Interior (Portugal)

Email:

tiago_afonso1985@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho procurou abordar os modelos psicodinâmicos de intervenção psicológica com enfoque na sua aplicação no tratamento do distúrbio obsessivo compulsivo. Assim, numa primeira fase propôs-se a explicitar os autores, com destaque especial para Freud, e os fundamentos destes modelos, sendo para tal fulcral abordar os construtos de id, ego, super-ego, associação livre, transferência e contra-transferência. Após o estabelecimento deste quadro teórico procurou-se perceber como este modelo serviria os intentos do tratamento do distúrbio mencionado acima, com base num caso clínico apresentado, contrapondo o modelo cognitivo comportamental e procurando responder a duas questões: 1) Poderão coexistir ou complementar-se no tratamento demandado? E 2) Qual o modelo mais eficaz no tratamento do distúrbio obsessivo compulsivo? Ao longo do tratamento procuraram-se explicitar também as possíveis causas para a presença do distúrbio.

Palavras-chave: Modelos psicodinâmicos, distúrbio obsessivo compulsivo, Freud, psicanálise, psicoterapia, Id, Ego, Super-Ego, associação livre, transferência, contra-transferência

INTRODUÇÃO

“The moment we stop questioning everything we believe, it is no longer psychoanalysis.”

(Novick, n.d.; citado em Karon & Widener, 1995)

Abordagem Psicodinâmica

O início da *psicoterapia moderna* marca a descoberta por Freud do inconsciente e do uso da associação livre, esta e as demais descobertas por parte dos seus seguidores permitiram a formação de um racional teórico solidificado da psicoterapia psicodinâmica (Magnavita, 2002).

Apesar de alguns aspectos da teoria psicanalítica não terem sido apoiados empiricamente ou clinicamente testados, a verdade é que a maioria dos construtos continuam a ter preponderância na prática actual, e tendo ao longo do tempo registado evolução, que por exemplo, se verificou com o abandono da hipnose e o advento da associação livre, sempre em busca da maior e melhor forma de alcançar o inconsciente (Magnavita, 2002).

Recuando um pouco, convém perceber de onde surge o termo psicoterapia. Segundo Jackson (1999; citado em Magnavita, 2002) a origem será a escola Liebeault-Bernheim de terapêuticas sugestivas, nos finais de 1880, tendo tal termo surgido na obra *Hypnotisme, suggestion, psychotherapie* de Hippolyte Bernheim, em 1891. Nestes primórdios, na relação terapêutica, os construtos referidos eram principalmente esperança, simpatia/compaixão, e influência da mente no corpo (Magnavita, 2002).

Como acima referido, foi a descoberta do inconsciente uma revolução registada, e por alguns apontada, como o nascimento da psicologia científica moderna, sem qualquer prejuízo ou tentativa de minimizar as restantes correntes presentes em Psicologia, como as que conduziram Pavlov à descoberta do condicionamento clássico. A verdade é que, Freud foi um marco intelectual do século passado (Schwartz, 1999; citado em Magnavita, 2002) sendo sua descoberta comparada com aquelas que alteraram os paradigmas vigentes, como foram as teorias da relatividade, Einstein, e da evolução, Darwin (Bischof, 1970; citado por Magnavita, 2002). Por detrás desta esteve contudo, todo um século de investigação e desenvolvimento do insight sobre o inconsciente, o que fez deste e dos seus seguidores construtores de um sistema (Dumont, 1993; citado em Magnavita, 2002).

Com a influência de Charcot e de Breuer, a perspectiva inicial de Freud contemplava a hipnose como método, contudo os resultados frustrantes que este registava conduziram-no ao abandono de tal, e o enveredar pela associação livre (Magnavita, 2002), muito porque a encarava

como temporária e não impeditiva da substituição de sintomas. É também aqui que se afastam os terapeutas psicanalíticos actuais por procurarem tratar os pacientes, ao invés dos sintomas presentes nestes. Segundo essa perspectiva, o aparecimento de um novo sintoma não reflecte o aparecimento de novo distúrbio, antes a mudança do antigo (Karon & Widener, 1995).

Algo que influenciou a busca pelo inconsciente, por parte de Freud, foi a ideia de que havendo uma descontinuidade na descrição do material consciente, então é porque tal apenas se poderia explicar acedendo aos processos inconscientes (Westen&Gabbard, 1999; citados em Magnavita, 2002). Freud e seus seguidores conseguiram então com a técnica da associação livre alcançá-lo e mapeá-lo (daí surgindo as suas tópicas que se abordarão mais à frente), explicando como os instintos agressivos e sexuais eram modeladas e canalizadas para a formação de sintomas neuróticos, ou então para distúrbios de personalidade. É aqui que também se encontram as referências à repressão, como mecanismo de defesa, que mais tarde será um construto integrante da maioria dos corpos conceptuais das psicoterapias actuais (Magnavita, 2002).

Os construtos psicanalíticos e psicodinâmicos encontram-se em evolução e revitalização constante o que levou à construção de modelos distintos: a *Psicologia do Ego*, cujo interesse se centra no funcionamento do ego e na sua capacidade adaptativa, com autores como Anna Freud e Erik Erikson (Hartmann, 1958, 1964; Horner, 1994, 1995; citados em Magnavita, 2002); a *Teoria das Relações de Objecto*, em que o se reconhece a primazia da junção/pertença do sujeito ao/com o objecto, e em que se destacou Melanie Klein que afirmava a importância do estudo do primeiro ano de vida, o controlo da agressividade e as fantasias; já Ronald Fairbairn, afirmava que esta relação era potenciada pela libido, e que a agressão era uma resposta movida pela frustração e aí se deveria centrar o objecto de estudo (Winnicott, Shepherd & Davis, 1989; citados em Magnavita, 2002) (Karon & Widener, 1995); a *Psicologia do Self*, que enfatiza a necessidade do estudo do desenvolvimento do self desde a infância até à idade adulta (Kohut, 1971, 1977; citado em Magnavita, 2002); a *Teoria Interpessoal*, que procura perceber como se desenvolve a relação com os demais e influencia do e para o sujeito, assim como as fantasias, consciente e inconsciente dessas mesmas (Karon & Widener, 1995); a *Psicologia Desenvolvimental Psicanalítica*, que enfatizava a necessidade de estudar o trauma do nascimento para perceber a ansiedade presente no indivíduo, e que Otto Rank notabilizou (Karon & Widener, 1995); o *Estudo e suporte empírico das defesas*, que se centrou no estudo das defesas que Freud referiu existirem no sujeito para o protegerem da ansiedade; e em que se destacam os conceitos de repressão e resistência; sendo o seu objectivo a compreensão e catalogação destas, e perceber a importância que têm para o ego (Schafer, 1968; Holi, Sammallahti & Aalberg, 1999; Vaillant, 1992; Cramer, 1987; Cramer&Gaul, 1988; citados em Magnavita, 2002); finalmente a *Psicologia dos Afectos*, centrada nos sentimentos presentes no paciente, e que Helen Lewis desenvolveu trabalho notável na influência de sentimentos na psicopatologia (Karon & Widener, 1995).

Sigmund Freud

Sigmund Freud nasceu a 6 de maio de 1856, em Freiberg na Morávia, onde morou até que a sua família teve que se mudar para Leipzig, mudando-se posteriormente ainda para Viena, onde fez quase toda a sua vida (Shultz e Shultz, 1998).

Alvo de uma educação autoritária por parte do pai e, opostamente, carinhosa e protectora pela mãe desenvolveu prematuramente um sentimento de medo mas ao mesmo tempo de amor pelo pai e de paixão pela mãe. Mais tarde veio a denominar este processo por complexo de Édipo (Shultz e Shultz, 1998).

Desde cedo a família anteviu o futuro grandioso desde homem sendo sempre acompanhado e incentivado pelos pais e pelos irmãos tendo até melhores condições para estudar que os sete irmãos (Shultz e Shultz, 1998). Freud era um indivíduo bastante determinado na busca do conhecimento, mas tendo preocupação clara com a sua reputação e segurança financeira (Hansenne, 2003).

Sempre interessado e empenhado para aprender mais e mais, tornou-se um poliglota acabando a sua formação aos 17 anos com distinção. Influenciado pela teoria evolucionista de Darwin veio a desenvolver o gosto pela visão científica do conhecimento decidindo assim estudar medicina. Nesta área realizou experiências relacionadas com o sexo e com a cocaína sendo criticado por experiências como esta última, sendo acusado por esta ter sido responsável por disseminar uma praga pelo mundo (Shultz e Shultz, 1998). O seu grande mentor acabou por ser Ernst Brucke, seu professor, que via o indivíduo como um circuito energético fechado onde se davam trocas constantes de forças psicoquímicas (Hansenne, 2003). Freud no entanto, por falta de recursos financeiros acabou por abandonar a pesquisa que desenvolvia num laboratório experimental, para enveredar pela consultadoria médica na área da neurologia (Shultz e Shultz, 1998).

Casou com Martha Bernays e teve seis filhos (Shultz e Shultz, 1998) e foi junto com a sua família também, que desenvolveu um processo de análise desta, e auto análise para fundamentar as suas ideias, como em *Interpretação dos Sonhos* e *Psicopatologia da vida quotidiana*, dando importância extrema aos processos inconscientes e na sua influência nos comportamentos desenvolvidos pelo sujeito, sendo que a estes seria possível aceder pelos sonhos (Hansenne, 2003).

Breuer, um médico que apoiava Freud, teve papel fundamental no desenvolvimento da psicanálise pela sua acção de partilha da história de uma cliente que havia tido, Anna O.. Foi aqui que o método catártico foi apresentado a Freud, e que o influenciaria no desenvolvimento do seu trabalho, pese também a importância que a hipnose teve (Shultz e Shultz, 1998).

Freud elaborou uma teoria dinâmica da personalidade que designou por 1ª tópica, que enquadrava nesta três instâncias: *inconsciente*, pulsões e recordações recalçadas; *pré-consciente*, tudo o que poderia tornar-se consciente; e *consciente*, local onde se encontra toda a informação

disponível sem qualquer esforço psicológico (Hansenne, 2003). De referir também a importância dada à censura, que seria responsável pelo impedimento da informação aceder a níveis pré conscientes partindo do inconsciente (Pita, 2008). Posteriormente, sucedeu a esta a 2ª tópica, que definia também três instâncias, mas com denominações diferentes: *id*, entidade responsável pelas pulsões e desejos primitivos; o *superego*, que compila os constrangimentos impostos pela realidade social e suas normas; e finalmente o *ego*, entidade responsável pela racionalidade do aparelho psíquico. A personalidade formar-se-ia pela dinâmica entre estas 3 instâncias, o ego como mediador entre a força do *id* e as restrições do *superego* (Shultz e Shultz, 1998). Acerca da formação das instâncias, aponta o *id* como a primeira a se formar, guiado pelo princípio do prazer guiando à satisfação das necessidades primárias, ignorando quaisquer juízos de valor ou morais. Posteriormente surge o eu, como uma necessidade de controlar, ou adequar, a satisfação das necessidades num encadeamento dos processos psicológicos conscientes, guiado pelo princípio da realidade, sempre protegendo o indivíduo. O *superego* é a última instância a ser formada, sendo uma representação interna das normas sociais e comportamentos normais, segundo um princípio de moralidade, dirigindo energia em sentido contrário aquela emanada pelo *id* (Hansenne, 2003).

Deve-se ressaltar a importância dada à dinâmica relacional entre as três instâncias da 2ª tópica, que segundo Freud seria geradora de ansiedade no indivíduo. A ansiedade seria reduzida seguindo alguns mecanismos de defesa (Shultz e Shultz, 1998), divididos em quatro categorias: 1) Defesas Narcisistas; *Negação*, negar a existência de uma ameaça externa ou evento traumático; *Distorção*, mudança grosseira da realidade externa para servir as necessidades internas; *Idealização Primitiva*, os objectos externos, bons ou maus, são irrealistamente dotados de grande poder; *Projectão*, atribuição do impulso conducente à perturbação a outra pessoa/fora de si; *Identificação Projectiva*, aspectos desejáveis do self serão integrados noutra pessoa, fazendo o individuo sentir-se um só junto com aquele sobre quem projecta tais; *Clivagem*, divisão dos objectos da realidade exterior em completamente bons e completamente maus, podendo haver mudança abrupta na catalogação destes. 2) Defesas Imaturas; *Actuação*, expressão de um desejo inconsciente para evitar a consciência do sentimento adjunto; *Bloqueio*, inibição transitória de sentimentos ou pensamentos; *Hipocondria*, transformação da censura contra outrem em queixas de dor; *Identificação*, defesa para a ansiedade de separação de um objecto; *Introjecção*, internalização das características de um objecto para estabelecer a sua presença e proximidade constantes; *Comportamento Passivo Agressivo*, agressão com relação a um objecto expressa pela passividade; *Projectão*, atribuição de sentimentos não admitidos aos outros; *Regressão*, retorno a um período da vida menos frustrante; *Fantasia Esquizóide*, tendência para utilizar a fantasia como resolução de conflitos; *Somatização*, conversão de derivativos psíquicos em sintomas físicos; *Voltar-se contra o Self*, mudança de um impulso inaceitável dirigido a outrem dirigindo-o a si mesmo. 3) Defesas Neuróticas: *Controle*, tentativa exagerada de manejar as variáveis em questão na situação; *Deslocamento*, transferência dos impulsos do *id* de uma ameaça não disponível para um objecto disponível; *Dissociação*, modificação temporária do

sentido de identidade individual; *Externalização*, tendência de perceber na realidade circundante componentes da própria personalidade; *Inibição*, limitação inconsciente de funções específicas do ego; *Intelectualização*, controle de sentimentos e impulsos ao invés de experimentá-los; *Isolamento*, separação entre sentimento e seu conteúdo; *Racionalização*, justificação de comportamentos por meio de razões incorrectas e sofismas inverosímeis; *Formação Reactiva*, expressão do impulso do id que é contrário ao que impulsiona a pessoa; *Repressão*, negar a existência de um estímulo potenciador de ansiedade; *Sexualização*, dotar um objecto de funções sexuais que não possui; *Anulação*, realização ao contrário de algo inaceitável já feito. 4) Defesas Neuróticas: *Altruísmo*, satisfação substituta mas construtiva e gratificante pelo serviço prestado a outrem; *Antecipação*, planeamento realista para evitar sofrimento futuro; *Ascetismo*, eliminação dos sentimentos de prazer relativos a uma experiência; *Humor*, expressão de sentimentos sem desconforto pessoal ou de prazer sobre os outros; *Sublimação*, deslocar a energia vinda dos impulsos do id para comportamentos socialmente aceites; *Supressão*, decisão consciente ou semi consciente de adiar a atenção para um conflito consciente (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, Freud referiu a presença de cinco fases de “desenvolvimento psicosexual” (Freud, 1962, 1969, citado por Hansenne, 2003) nas quais haveria um conjunto de necessidades a satisfazer, e que se tal não acontecesse adequadamente, o indivíduo poderia ficar fixado a esta (Hansenne, 2003).

As fases são: a *oral*, da nascença aos 2 anos (sensivelmente), muito guiada pela satisfação das necessidades básicas e que apresentava dois tipos de personalidade que poderiam resultar de uma fixação nesta fase, uma personalidade oral-receptiva (dependentes dos outros e optimistas) e uma personalidade oral-agressiva (sarcásticas e agressivas) (Hansenne, 2003).

A fase seguinte, *anal*, decorreria dos 2 aos 4 anos (sensivelmente), e estaria relacionada com a libertação de tensão e estimulação anal aquando da defecação, sendo que ao longo desta existe um relacionamento intenso entre pais e criança. As personalidades que poderiam resultar de uma fixação nesta fase poderiam ser anal-retentiva (adiamento de satisfação até ao limite) ou anal-repulsiva (reação violenta pela impossibilidade de realização de aspectos desejados) (Hansenne, 2003).

A terceira fase, *fálica*, começaria aos 4 ou 5 anos, e seria a última etapa do desenvolvimento psicosexual da criança, onde a satisfação sexual seria obtida pela estimulação da zona erógena masculina, pénis, ou feminina, clítoris. É nesta fase que ocorre a descoberta por parte da criança da diferença sexual entre género, sendo que a rapariga se sente inferior por não possuir pénis revoltando-se com a mãe e dirigindo o seu afecto ao pai, pois é visto como o único que lhe poderia dá-lo, o que se denominará por Complexo de Electra, ao passo que nos rapazes se desenvolve atracção sexual pela mãe o que os faz encarar os pais como alguém que se interpõe e os pode afastar, denominando-se como Complexo de Édipo. Há também nestes a presença de uma angústia de perda do seu órgão sexual, angústia de castração, motivada pelos sentimentos despoletados pelo Complexo de Édipo, o que os leva a adoptar uma postura de respeito e reconhecimento do poder, procurando mesmo se assemelhar a ele para assim se aproximarem de

um ideal que a mãe busca. O final do Complexo de Édipo simboliza o surgimento do Superego. Nas raparigas, o desenvolvimento do Superego é menos eficaz pela dificuldade relacional com a mãe e a necessidade compensatória do pai pela impossibilidade de possuir um falo. Finalmente, é também nesta fase que se desenvolvem os mecanismos de defesa. Quanto às personalidades que se podem originar pela fixação nesta fase, no caso do homem poderá ter um comportamento demasiado focado na satisfação sexual com o sexo oposto, ou se não desenvolve adequadamente todas as características masculinas, incorrerá numa personalidade mais feminina direccionada ao relacionamento com o seu sexo. Nas mulheres uma fixação nesta fase dificultará a sua adequação à realidade e o desenvolvimento funcionalmente adequado de auto estima, pela não formação da entidade Superego (Hansenne, 2003).

A fase seguinte é a de *latência* em que não há zonas erógenas específicas, e sem qualquer acontecimento importante, desenrolando-se entre os 6 e os 12 anos, com desinteresse pela sexualidade (Hansenne, 2003).

Por último, a fase *genital*, em que as pulsões sexuais são dirigidas a objectos socialmente aceitáveis e em que o amor se torna fundamental no desenvolvimento dos relacionamentos do indivíduo, começando esta na puberdade (Hansenne, 2003).

Chave nesta teoria de Freud era a libido, que este definia como um órgão do prazer, ou então como uma energia psíquica conectada com os processos de excitação sexual, e que esta influenciaria todos os comportamentos humanos desde a nascença à morte (Karon & Widener, 1995).

Freud deu ainda algum destaque à importância da sedução, e sua importância, no desenvolvimento psicosexual. Para ele todos os pacientes histéricos haviam sido seduzidos em crianças, e os obsessivo-compulsivos haviam seduzido outra criança, depois de terem sido seduzidos eles próprios. Mais tarde acabou por abandonar a ideia, transtornado, por ter descoberto que não haveria fundamento real nos acontecimentos que haviam fundamentado a sua ideia acerca da sedução, os eventos relatados não passariam de fantasias (Karon & Widener, 1995).

Freud era influenciado pelas correntes deterministas e positivistas, o que o levou a considerar que tudo poderia ser mensurável e explicado por um processo (uma das técnicas utilizadas) de análise, como por exemplo dos sonhos (acima referido), em que se procurava destringer entre conteúdo latente e conteúdo manifesto, o primeiro referente aos desejos proibidos sendo o verdadeiro significado, e o segundo como a descrição realizada pela memória retida pelo indivíduo do sonho, para abandonar o manifesto e chegar ao latente era necessário um processo de interpretação. Um outro método utilizado era o da associação livre no qual o indivíduo fala abertamente acerca dos pensamentos que lhe vão ocorrendo, procurando dessa forma contrariar a repressão e resistência, o que evidenciaria o conflito presente no indivíduo dando dessa forma melhor conhecimento ao terapeuta de onde agir, porque segundo Freud haveria uma relação entre todos esses pensamentos e estes apresentavam proximidade com as lembranças da infância e experiências reprimidas de índole sexual (importância que fundamentou na sua teoria da

personalidade). O seu objectivo passava mais que tudo por procurar perceber e entender a dinâmica do comportamento humano (Hansenne, 2003).

Algumas críticas foram lhe levantadas pelos métodos utilizados, principalmente no que concernia ao registo e obtenção de dados. As condições de obtenção dos dados não era sistemática ou controlada, haveria a possibilidade de reinterpretações por parte deste, inferências acerca dos processos de índole sexual e sugestão de memórias aos pacientes, haveriam discrepâncias entre registos e publicações acerca de determinados pacientes, e finalmente a insistência na verificação dos relatos era ínfima. As interpretações obtidas não eram claras nem foram sistematizadas por Freud (Hansenne, 2003).

Finalmente, os pontos de divergência com autores que se distanciaram deste prendiam-se com as contradições e falta de clareza em alguns conceitos, a ideia do desenvolvimento deficiente do superego na mulher, a negação do livre arbítrio e o enfoque na memória passada com o relegar para segundo plano da esperança futura (Hansenne, 2003).

Perseguido pelas forças nazis acabou por fugir para Londres onde morreria com cancro (Hansenne, 2003).

Alfred Adler

Foi um dos primeiros discípulos de Freud, mas discordando da ênfase por este colocada na sexualidade acabou por se afastar teoricamente dele, afirmando que a atenção deveria ser centrada na agressão, onde a luta pelo poder afirmava o papel de importância masculina, ao ponto de defender que a mulher procurava abandonar a passividade do papel feminino, pela actividade do masculino, no que denominou por *protesto masculino* (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Adler fala do complexo de inferioridade como sentimento de fraqueza e inadequação, que poderia estar ligada a sentimentos de inferioridade orgânica, e aborda mais tarde a importância da relação entre a ordem de nascimento e os filhos de uma família, afirmando que esta relação influenciaria durante toda a vida o carácter e estilo de vida dos indivíduos (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Quanto ao enfoque terapêutico, este era o encorajamento, que segundo Adler permitiria ultrapassar os sentimentos de inferioridade, criando um sentimento de dignidade e valor próprio, que permitisse a apreciação das suas habilidades e recursos, ao mesmo tempo que com melhores, e mais desenvolvidas relações de afiliação adquiria a confiança e esperança necessárias para superar tais sentimentos (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Melanie Klein

Melanie Klein criou uma teoria em que abordava as relações objectais internas com os impulsos, influenciada pela sua pesquisa junto de crianças e a as constatações das fantasias

intrapéssicas, postulando a clivagem no ego para lidar com o terror do aniquilamento, tendo para si como central o conceito de morte de Freud para o entendimento da agressão e ódio (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Nos primeiros meses de vida identificava já projecção e introjecção como mecanismos de defesa utilizados, em que o bebé liberta sobre a mãe derivados de morte e depois anseia o ataque da mãe *má*, que denominou por ansiedade persecutória. Como resultado da clivagem, e dos elementos divididos em bons e maus, à medida que as visões disparatadas são integradas no bebé esse preocupa-se com a possibilidade de ter prejudicado a sua mãe, e num estado depressivo envolve-se numa ambivalência de amor ódio com a mãe (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Permitiu também o desenvolvimento de uma técnica de interpretação das actividades lúdicas das crianças, pela aplicação da análise infantil por si levada a cabo (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

Psicoterapia

Tem suas origens na medicina antiga, na religião, mas é no final do século XIX que passa a ser utilizada no tratamento de doenças ditas mentais, sendo inicialmente uma actividade restrita a psiquiatras, o que no século seguinte se alterou com a prática por médicos clínicos, psicólogos, enfermeiros, e muitos mais, o que também potenciou a quantidade de métodos e abordagens utilizadas. É comum no entanto, um jargão que compila termos como paciente, diagnóstico, doença, etiologia, plano de tratamento, prognóstico, indicações e contra indicações (Wampold, 2001, citado por Cordioli, 2008).

Numa aproximação a uma definição poder-se-á afirmar que esta é um método de tratamento realizado por um profissional treinado, com objectivo de reduzir ou remover o problema que o indivíduo relata, por uso de técnicas psicológicas com influência no indivíduo, realizadas em contexto interpessoal por meio do uso de comunicação verbal e envolto numa colaboração directa entre paciente e terapeuta (Cordioli, 2008).

Uma área comum a todas as psicoterapias apresenta um conjunto de características fundamentais que têm que possuir. Primeiramente, as psicoterapias têm que ocorrer com a presença de uma relação de confiança entre paciente e terapeuta, de seguida o paciente tem que acreditar e confiar que o terapeuta irá ajudá-lo e será possível alcançar o objectivo terapêutico, e finalmente existirá um racional capaz de explicar o comportamento ou problema evidenciados e um procedimento para solucionar o mesmo (Cordioli, 2008).

Terapias Psicodinâmicas

Terapias psicodinâmicas são baseadas nas teorias e técnicas psicanalíticas (Karon & Widener, 1995)

Nesta terapia o racional teórico provém da investigação de Freud e da sistematização do seu método e apoio de conceitos fundamentais.

Os conceitos fundamentais abordados pela teoria são: *inconsciente*, existência de processos mentais poderosos que estão aparte do compreensão do indivíduo e que exercem importante influência sobre o consciente (Karon & Widener, 1995); *associação livre*, o paciente deve estar disposto na terapia a dizer aquilo que lhe vier à mente sem qualquer temor ou vergonha sendo o terapeuta responsável por significar tal, ou seja, identificar o conteúdo latente de tal (Eizirk e Hauck, 2008); *resistência*, conjunto de forças existentes no indivíduo que impedem o acesso a informação presente no inconsciente, o que dificulta o trabalho do terapeuta, mas ao mesmo após sua interpretação permite que este compreenda o material cuja resistência procura manter inconsciente (Karon & Widener, 1995); *repressão*, processo intencional de recusa ao reconhecimento de determinado conteúdo mental pela ansiedade e dor infligidas no indivíduo (Karon & Widener, 1995) (estes dois conceito são integrantes do conjunto daqueles que se referem aos mecanismos de defesa e que acima foram abordados); *transferência*, reedição das relações do passado com o analista, ou seja, o reencenar das relações entre os objectos do mundo interno e o self, o que resulta na maneira de se relacionar com o mundo, e neste caso com o terapeuta. Para Freud (1912, citado em Eizirk e Hauck, 2008) ao longo do desenvolvimento, uma parte da libido é detida pela censura da personalidade e da realidade fazendo com que seja aprisionada no inconsciente, e até que tal seja satisfeita, será orientada para qualquer pessoa que surja diante de si, no caso do terapeuta dando-se de igual forma. Uma vez otimizada permitirá a instauração do processo analítico (Eizirk e Hauck, 2008) e, após o sucesso deste, um sentimento de verdade psicológica acerca do seu passado (no indivíduo) (Karon & Widener, 1995); *contra transferência*, repercussão da transferência no mundo interno do analista, e é importantíssima por se encarar como se uma comunicação inconsciente-inconsciente se tratasse, o que requer também excelente conhecimento pessoal por parte do terapeuta para que os seus conflitos internos interfiram o menos possível, e para que este possa perceber a dinâmica do processo transferência-contra transferência (Money-Kyrle, 1956, Hartke, 1989, Favalli, 2005; citados em Eizirk e Hauck, 2008); *campo analítico*, conjunto global da relação terapêutica cujo entendimento permite a compreensão dos mecanismos psíquicos do doente (Eizirk e Hauck, 2008); *neutralidade*, a analista deve manter-se como uma pessoa o menos real possível na vida do paciente furtando-se a contactos subjectivos como dar conselhos, para poder manter alguma distância em relação à transferência e personalidade do paciente, assim como à contra transferência, pressões do meio externo e aos valores do terapeuta (Eizirik, 1993, citado em Eizirk e Hauck, 2008); *interpretação*, ferramenta principal do terapeuta que lhe permite tornar consciente o inconsciente procurando explicitar o funcionamento psíquico do indivíduo, pela identificação dos processos defensivos, identificação dos conteúdos latentes, e podendo-se centrar na relação do terapeuta com o cliente, assim como na do cliente com os que o rodeiam; tal como é possível centrar-se no presente, como no passado; e ainda estabelecer uma relação entre o funcionamento do paciente e a relação de tal com o passado para perceber o

desenvolvimento da sua personalidade. (Etchegoyen, 1985, Riesenber-Malcom, 1995; citados por Eizirk e Hauck, 2008).

As técnicas utilizadas de associação livre e interpretação dos sonhos integram alguns dos conceitos de que acima foi feita a descrição, e são utilizadas ao longo do processo terapêutico, tendo sido a sua já feita anteriormente.

Em relação aos sintomas, nos pacientes obsessivo compulsivos (por exemplo) existe uma interação semelhante à dos sonhos, isto é, ao procurar isolar os sentimentos geradores de ansiedade o indivíduo quebra qualquer ligação que para ele pudesse existir entre sentimentos/experiências e os sintomas, e que tal não aconteceria se houvesse repressão (Karon & Widener, 1995).

A psicoterapia psicanalítica procura no indivíduo a expansão da consciência, a capacidade de reflectir, a possibilidade de conter as divergências, ambivalências e angustias que resultam destas, procurando explorar a criatividade para compreensão da subjectividade e diferenças individuais, para que a interpretação possibilite melhor compreensão, por parte do indivíduo, de si mesmo, num processo dinâmico com o terapeuta (Eizirk e Hauck, 2008).

Convém aprofundar também o termo insight, que na psicanálise detém uma relação com a compreensão da natureza interna das coisas, que por sua vez se referem a acontecimentos passados, isto é, tomar conhecimento do que é reprimido, e que o psicoterapeuta não consegue deter, apenas do seu e por processo de contra transferência, tal como defende Freud (Sprinz & Borowski, 1998).

A mudança nas terapias psicodinâmicas alcança-se quando o material inconsciente se torna consciente, e como tal passível de ser alterado. Como Bettelheim (1983, citado em Karon & Widener, 1995) afirma:

You try to tell thar idiot [therapist], and he doesn't understand. You tell it more clearly, and that idiot still doesn't understand. You tell it more clearly, and that idiot doesn't really understand. You tell it even more clearly, and you suddenly realize that for the first time in your life you understand it yourself. So the therapist doesn't have to be right, but just has to be close enough so that it's worth the patient's trouble to try to make the therapist understand.” (p.42)

No início, Freud tinha como objectivo descobrir os sentimentos, memórias, fantasias e impulsos reprimidos, por meio do próprio paciente, o qual procuraria esse material inconsciente por uso das suas capacidades intelectuais e emocionais com o apoio do terapeuta, se bem que tal teria que ser feito de forma concreta, convincente e emocional. É na análise da resistência deste processo, que se torna possível determinar que mecanismos de defesa se encontram no sujeito ao longo do processo terapêutico, e uma vez identificados e percebidos pelo paciente proceder à sua mudança (torná-lo consciente), o que apesar de ser feito em relação a um contexto não implica que tal seja aplicável num diferente, o que torna necessário descobrir como esse mecanismo de defesa se processa num contexto diferente, e assim conseguir alcançar a sua compreensão

tornando-o consciente. Para Freud, a determinada altura, o objectivo de tornar conscientes os materiais inconscientes era visto como preencher as lacunas da memória, o que investigadores que se lhe seguiram provaram ser impossível de alcançar (Karon & Widener, 1995).

Como referenciado acima, a transferência no processo terapêutico é de enorme importância, o que conduz à necessidade da sua descodificação e compreensão, e que para Malan (1979, citado em Karon & Widener, 1995) deve permitir interpretar reacções de transferência que se liguem ao passado ou a reacções fora da terapia, ou que liguem reacções fora da terapia ao passado, ou ligar as três, sendo assim mais efectiva. Para Freud, com a transferência o paciente abandona o/os sintomas pela integração de um novo, a transferência que cria, e que passa a ser o sintoma dominante tal o poder que encerra. (Karon & Widener, 1995).

Finalmente, a mudança em psicanálise prende-se com a modificação do super ego, e que permita a compreensão dos sentimentos, impulsos e defesas, o que conduzirá ao crescimento constante do ego. A partir de determinado momento, o paciente começa a trocar a consciência baseada em determinantes parentais e de infância, pelos valores consciente do terapeuta, incluindo o valor de crescimento contínuo para lá das suas capacidades, valores e conhecimento do terapeuta, sendo no entanto algo transitório (Karon & Widener, 1995).

Para que tudo isto se dê é necessária uma aliança terapêutica forte com a parte saudável do paciente, durando a psicoterapia até ao momento em que este não mais precisa do apoio do psicoterapeuta, ressaltando que ainda aí a tarefa não está completa, pois o paciente continuará auto análise pela vida fora. É a esperança um sentimento determinante, e que deve ser enfatizado, e mostrado ao paciente, isto é, levá-lo a sentir que o psicoterapeuta está esperançado que ele alcance o objectivo traçado da mudança, pois se este não a tiver ao paciente será difícil senti-lo apenas ele (Karon & Widener, 1995).

Terapias Cognitivas

Um dos desenvolvimentos mais marcantes no campo das psicoterapias deu-se com as terapias cognitivas, cujos tratamentos não se encontravam sobre o raio de acção da tradição comportamental, mas ainda assim partilhando a sua necessidade de demonstração empírica dos ganhos, a mudança do comportamento e mudança terapêutica bem sucedida (Dobson&Block, 1988; Mahoney, 1974; citados em Dobson & Shaw, 1995). Estas terapias têm um cariz meditacional que se centra na percepção do eventos, por considerarem estes como o objecto de estudo, por o verem como o que determina a qualidade de adaptação dos indivíduos (Beck, 1976; Ellis, 1980; citados em Dobson & Shaw, 1995).

Estas terapias variam entre duas dimensões, a primeira onde confrontam as componentes comportamentais e cognitivas da disfunção e da terapia; ao passo que a segunda foca a importância da avaliação cognitiva e intervenção (Dobson & Shaw, 1995).

Nestas terapias podemos ainda distinguir entre racionais e pós racionais, no que concerne à componente comportamental. Falamos de terapias racionais quando se aborda a realidade

exterior e a possibilidade que existe de se compreender tal, desafiando assim o paciente a procurar as distorções e compreendê-las, procurando as possíveis causas para estas. No que concerne às pós racionais, falamos daquelas que defendem a existência de uma realidade exterior permanente, e cujo conhecimento advém do contacto e interpretação subjectiva (Neimeyer, 1993; citado em Dobson & Shaw, 1995).

Das terapias cognitivas podemos referir: *Terapia Racional-Emotiva*, desenvolvida por Albert Ellis e que determinou o foco no modelo ABC, em que A representa os reventos e C como as consequências de deter certas crenças; *Terapias de Resolução de Problemas*, em que autores como D’Zurilla afirmaram a necessidade de estudar a influência dos deficits na resolução dos problemas no surgimento de psicopatologias; *Terapias de Auto Organização*, nestas seguindo um protocolo em que se requerem dados acerca de: 1) auto monitorização; 2) performance normal; 3) expectativas de performance; 4) auto atribuições de sucesso e falhanço; 5) auto-reforço (Kanfer, in press; Rehm, 1984; Rhem&Rokke, 1988 citados em Dobson & Shaw, 1995); que permitirão desenvolver tratamentos específicos do indivíduo em questão; *Terapias Construtivistas*, que afirmam a subjectividade da realidade, e que o estudo se deve focar nas construções do mundo e do self por parte do indivíduo (Dobson & Shaw, 1995).

Segundo Beck, (1997, citado em Rangé & Sousa, 2008) a terapia cognitiva deve ser *activa*, pois paciente e terapeuta encontram-se em contacto permanente agindo cooperativamente; *directiva*, pois dirige-se aos problemas apresentados; *psicoeducativa*, pois o individuo ensina ao paciente o modelo cognitivo, a natureza do seu problema, o processo terapêutico e a possibilidade de recaída; *estruturada*, estabelecimento de sequência de sessões; *breve*, em menos de 22 sessões alcançam-se melhorias em transtornos de Eixo I, ao passo que as do Eixo II necessitam de mais tempo; *tarefas de casa*, actividades que visam o aumento de eficácia da terapia; *técnicas cognitivas e/ou comportamentais*, para modificação das crenças do paciente.

Ao longo da terapia são utilizadas algumas técnicas 1) cognitivas: *questionamento socrático e descoberta guiada*, principal recurso e ainda assim o de mais difícil utilização, fazendo perguntas abertas o terapeuta procura alcançar a maior quantidade de informação objectiva possível procurando juntos verificar a veracidade de conteúdo e validade; *identificação de distorções cognitivas*, possibilita ao cliente o reconhecimento das distorções que mantêm as suas crenças; *registo dos pensamentos disfuncionais*, permite a identificação de pensamentos e emoções em situações perturbadoras; *experiências comportamentais*, actividades sugeridas pelo terapeuta com o fim de testar as crenças do paciente; *continuum cognitivo*, em comparação com os demais perceber, num gráfico, onde o indivíduo se coloca; *técnica do gráfico em forma de pizza*, visualizar os pensamentos em gráfico permite ao individuo escolher qual a área onde querará investir; *técnica da seta descendente*, questionamento sucessivo de uma crença até alcançar o seu significado central; *descatastrofização*, visualização da consequência mais temida e para que possa reavaliá-la; *análise das vantagens e desvantagens de crenças ou de comportamentos disfuncionais*, ressaltar as desvantagens e enfraquecer as vantagens de manutenção da crença; *role-playing racional-emocional*, dinâmica em que o terapeuta faz a parte

racional e o paciente a emocional na análise das crenças, trocando; *cartões de enfrentamento*, cartões que devem conter frases para ler em situações de risco e que devem estar em locais estratégicos; *técnicas de reatribuição*, potenciar a flexibilização de julgamento do paciente. 2) Comportamentais: *exposição graduada*, exposição do paciente a diferentes actividades combinadas com o paciente segundo um critério relativo a ansiedade; *planeamento de actividades*, programação escrupulosa de um horário de actividade semanal para o paciente, que ainda pode ser alvo de avaliação que comporta a mestria e prazer revelados; *prescrição de tarefas graduadas*, planeamento de actividades simples, que pelo sucesso obtido possam incitar o paciente a fazer o mesmo com as mais complexas; *treino de habilidades sociais*, aprendizagem de comportamentos que favorecem um bom desempenho interpessoal; *biblioterapia*, a leitura de certas obras fora das consultas poderá conduzir o indivíduo a alterar as suas crenças; *relaxamento*, procura da activação do sistema nervoso parassimpático para inibir o sistema nervoso simpático (Rangé & Sousa, 2008).

A *terapia cognitivo comportamental* é uma terapia orientada para o problema, que foca os métodos comportamentais e cognitivos de mudança como as estratégias primárias para aliviar a ansiedade e desenvolver a habilidade referente às estratégias de coping do paciente (Dobson & Shaw, 1995).

Segundo Beck (1997, citado em Saffi, Savoia & Neto, 2008), esta terapia detém alguns princípios (na sua maioria coincidentes com aqueles referentes às terapias cognitivas): 1) é baseada na formulação de um contínuo desenvolvimento do paciente e da sua problemática em termos cognitivos; 2) requer uma aliança terapêutica segura; 3) enfatiza colaboração e participação activa; 4) é orientada por um objectivo, focando-se num problema; 5) enfatiza o presente; 6) é educativa, procurando dar ao paciente as ferramentas necessárias para ele próprio conseguir alcançar a mudança terapêutica e prevenir a recaída; 7) tem teoricamente um tempo limitado; 8) as suas sessões são estruturadas; 9) ensina a identificar e avaliar os seus pensamentos e crenças disfuncionais respondendo a estes; 10) uso de várias técnicas para a mudança de comportamento e pensamentos.

É essencial a compreensão de certos construtos como cognição, pensamentos automáticos e crenças que serão essenciais para o uso correcto e profícuo desta terapia. *Cognição* compreende o conteúdo do pensamento, os processos envolvidos no acto de pensar, o modo como o indivíduo avalia uma situação, como se vê a si mesmo, o que o rodeia, e o seu enquadramento temporal. Os *pensamentos automáticos* são breves e involuntários, que por vezes o indivíduo nem consegue perceber correctamente, mas que o faz percebendo o conteúdo emocional que se lhe está associado, geralmente são negativos e distorcidos, logo são inúteis. As *crenças* são pensamentos mais profundos e tidas como mais rígidas e supergeneralizadas, no caso de serem centrais, ou atitudes, regras e suposições que interferem na forma como se desenrola a percepção de situações, se forem crenças intermediárias, sendo ambas formadas como consequência da socialização. Todos estes construtos seguem um processo de interacção em que: as crenças centrais influenciam as intermediárias, e daí a influência segue destas para os pensamentos

automáticos, que também podem ser influenciados pela informação proveniente da interacção com a realidade, e consequentemente estes pensamentos influenciarão as emoções, pensamentos e respostas fisiológicas (Saffi, Savoia & Neto, 2008).

Para um processo terapêutico adequadamente correcto torna-se necessário explicar ao paciente o modelo cognitivo, tal como foi feito acima, explicando-lhe o que são pensamentos automáticos e como mudá-los, focando naqueles que são disfuncionais para alívio de sentimentos/emoções negativos. Aqui se revela a importância da acção do indivíduo, porque cabe a este a identificação dos pensamentos, a sua reavaliação e acção sobre eles, sendo que uma vez tal feito cabe agir depois sobre as crenças do indivíduo, sobre aquelas disfuncionais procurando a mudança terapêutica (Beck et al., 1993, p.32, citado em Saffi, Savoia & Neto, 2008). Além de tal, a importância de conceptualizar as dificuldades usando para tal termos cognitivos facilita o agrupar de informações ao terapeuta, sendo que esta conceptualização irá ser replicada e refinada consulta após consulta (Saffi, Savoia & Neto, 2008).

Deve ficar claro para o paciente que diante de um problema este deve saber que tal não é impossível, antes não detém a resposta apropriada para a situação, e o seu comportamento é influenciado pela sua interpretação da situação, não à situação em si (Saffi, Savoia & Neto, 2008).

As técnicas a utilizar foram já abordadas antes, mas enumeremo-las: identificação de pensamentos, realização de diários, questionamento socrático, levantamento das vantagens e desvantagens, tempestade de ideias (perante um problema levantar o maior número possível de soluções), soluções de problemas (perante o problema identificado descreve-se a resposta detalhadamente, faz-se uma lista com alternativas usando a tempestade de ideias, e finalmente avaliam-se os resultados e a satisfação para com estes) (Saffi, Savoia & Neto, 2008).

Distúrbios de Ansiedade

A ansiedade é um sentimento de alerta para uma situação difusa, e que atingindo níveis patológicos pode enquadrar o indivíduo num dos transtornos apontados pelo DSM-IV: *Perturbação de Pânico sem Agorafobia; Perturbação de Pânico com Agorafobia; Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico; Fobia Específica; Fobia Social; Perturbação Obsessivo Compulsiva, Perturbação Pós Stress Traumático; Perturbação Aguda de Stress; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Perturbação de Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral; Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias e Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação* (APA, 2000).

Distúrbio Obsessivo Compulsivo

O distúrbio obsessivo compulsivo (DOC) localiza-se na secção referente às Perturbações de Ansiedade do DSM-IV, e caracteriza-se pela presença de obsessões, ideias ou imagens com

conteúdo absurdo e angustiante, invadindo a mente de um modo interactivo e estereotipado, dizendo-se destas egoditónicas; e compulsões, actos penosos para o paciente e repetidos vezes sem conta, e que são adoptados para prevenir acontecimentos objectivamente improváveis e reduzir ansiedade advinda das obsessões (Macedo e Pocinho, 2000; citados em Macedo e Azevedo, 2001) (APA, 2000).

Nos casos de pacientes com esta perturbação o sentido crítico varia de acordo com as situações, pois ao falar de uma situação causadora de ansiedade numa situação que considera segura, e mesmo em que se vê a contrariá-la, não assegura que o consiga fazer, e sendo mesmo que ao ver a ansiedade subir tem tendência a ceder à compulsão fazendo com que acabe por desistir pelo sentimento de fracasso acumulado, incorporando as compulsões nas suas rotinas diárias (APA, 2000).

Mas quando se fala de ansiedade, o que é mesmo? Como conceito fundamental deve ser explicitado: a ansiedade é uma sensação difusa, desagradável e de alerta, e muitas vezes acompanhado de sintomas autonómicos como palpitações, cefaleias, entre outros, sendo sinal de alerta, distinguindo-se no entanto do medo por este se dirigir a uma situação objectiva e conhecida, ao invés da ansiedade, cujo objecto despoletador é um perigo iminente (Kaplan, Saddock & Grebb, 1994).

“Critérios de Diagnóstico:

A. Obsessões ou compulsões:

Obsessões definidas por 1), 2), 3), 4):

- 1. Pensamentos, impulsos ou imagens, recorrentes e persistentes, que são experimentados, durante algum período da perturbação, como intrusivos e inapropriados e que provocam ansiedade ou mal-estar imensos;**
- 2. Pensamentos, impulsos ou imagens que não são simplesmente preocupações excessivas acerca de problemas reais de vida;**
- 3. A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou acção;**
- 4. A pessoa reconhece que os pensamentos obsessivo-compulsivos, impulsos ou imagens são produto da sua mente (não impostos do exterior como na inserção de pensamentos).**

Compulsões definidas por 1. e 2.:

- 1) Comportamentos repetitivos ou actos mentais que as pessoas se sentem compelidas a executar em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser aplicadas de modo rígido;**
- 2) Os comportamentos ou actos mentais têm como objectivo evitar ou reduzir o mal estar ou prevenir algum acontecimento ou situação temidos; contudo, estes comportamentos ou actos mentais ou não estão ligados de um modo realista com o que pretendem neutralizar ou evitar, ou são claramente excessivos.**

B. Nalgum período durante a evolução da perturbação a pessoa reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (não se aplica às crianças)

- C. **As obsessões ou compulsões provocam forte mal estar, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional(ou académico) ou com os relacionamentos ou actividades sociais.**
- D. **Se outra perturbação do Eixo I estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não se restringe a essa perturbação.**
- E. **A perturbação não é provocada pelo efeito fisiológico directo de uma substância ou um estado físico geral.**

(APA, DSM-IV, 2000, p.482,483)”

Estudos desenvolvidos por Weissman et al (1994) & Karno e col. (1988) (citados em Jacobi, Calamari e Woodard, 2006) estimaram em 2,3 a 2,5% a prevalência do DOC em amostras de adultos, e Rapoport et al. (2000, citados em Jacobi, Calamari e Woodard, 2006) verificaram os valores de prevalência em crianças/adolescentes seriam próximos de 2,7%, e que a idade do aparecimento/diagnóstico dos sintomas seria em média 7 anos para rapazes e 11 para raparigas. Mas de onde provêm estes sintomas?

Fértil tem sido o debate sobre esta temática, sendo que várias causas têm sido apontadas, passemos à sua análise: 1) *Pais como factores determinantes*, estudos revelaram que pais de indivíduos que possuem sintomas obsessivo-compulsivos tendem a ser super protectores, perfeccionistas, exigentes, críticos, e usam da indução de culpa como uma estratégia de controlo da criança (Frost, Lahart & Rosenblate, 1991; Frost, Steketee, Cohn & Griess, 1994 citados em Aycicegi, Harris & Dinn, 2002), se bem que estes estilos parentais podiam estar também relacionados com ansiedade generalizada e depressão infantil, o que poderia questionar tal como despoletador do DOC (Rapee, 1997 citado em Aycicegi, Harris & Dinn, 2002). Porém, a verdade é que os pais podem ter papel determinante na modelagem da criança no que concerne aos evitamentos, cuidados e receios, e que como consequência poderá potenciar os sintomas obsessivo compulsivos numa criança vulnerável (Henin & Kendall, 1997; citado em Aycicegi, Harris & Dinn, 2002). Adicione-se o facto da existência de uma comunicação contraditória por parte dos pais que poderá também conduzir a uma auto imagem bastante rígida, e consequentemente uma busca incessante por certezas e perfeição (Aycicegi, Harris & Dinn, 2002). 2) *Personalidade e Defesas do Ego*, apenas em 15 a 30% dos casos de DOC se revela a existência de traços obsessivos pré mórbidos que poderão significar a comorbidade com o distúrbio de personalidade obsessivo compulsiva, e além disso os principais mecanismos que poderão estar presentes são: isolamento, anulação, formação reactiva, ambivalência, pensamento mágico, sendo ambos os factores conducentes ao desenvolvimento do DOC (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). 3) *Biologia e genética*, os dados empíricos recolhidos inicialmente não eram conclusivos (Black, 1996; citado em Macedo e Azevedo, 2001) embora surgisse em estudos mais recentes a comprovação de agregação familiar no DOC, como no estudo de Leane et al (1990, citado em Macedo e Azevedo, 2001) em que 25% dos pais e 9% das mães de indivíduos com DOC, tinham DOC. Os estudos conduzidos com gémeos apenas vêm reforçar a ideia de que

existem factores genéticos na etiologia do DOC, como é possível verificar pelos resultados obtidos na investigação de Alsobrook e Pauls (1998, citado em Macedo e Azevedo, 2001) em que há uma taxa de concordância de 53 a 86% nos monozigóticos e 22 a 47% nos dizigóticos. Estudos comprovaram também uma desregulação nos processos em que a serotonina está envolvida, levando à formação de sintomas de obsessão e compulsão (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Há também investigações conduzidas que afirmam a correlação entre a existência de Epilepsia e DOC (Isaacs, Philbeck, Barr, Devinsky & Alper, 2004).

Síntese de Indicadores de Mudança Terapêutica

Ao longo do processo terapêutico, alguns indicadores fornecem dados que permitirão perceber menor necessidade de intervenção por parte do terapeuta, para a obtenção do insight, ou para que as responsabilidades nas variadas situações sejam levadas em conta por este, assim: *Remissão da Sintomatologia*, atenuação da sintomatologia que permita não mais ser impeditiva para o paciente; *Modificações na Qualidade das Relações Pessoais*, capacidade para perceber maior prazer das relações que desenvolve com os demais que detêm significado para este; *Modificações na Capacidade para as Actividades de Trabalho*, capacidade de realizar adequadamente e satisfatoriamente trabalho com o aproveitamento, também adequado, ou reaproveitamento das suas habilidades; *Capacidade de Admitir e Assumir as Próprias Responsabilidades*, o estabelecimento de um locus de controlo interno; *Modificações na Transferência e Contra transferência*, perceptíveis na harmonia da terapia, por exemplo; *Insight*, capacidade de o paciente olhar para si mesmo; *Capacidade de Perceber a Si mesmo e aos outros de Forma mais realista*, observação mais objectiva das suas características, qualidades e defeitos (Iankilevich, 1998).

MÉTODO

A partir do testemunho individual (relato do paciente X) da vivência com o distúrbio a estudar, procurou-se esquematizar toda a descrição dos pensamentos e sentimentos do indivíduo, tal como todos os seus comportamentos (rituais e evitamentos, por exemplo), simulando posteriormente a terapia. A simulação separa-se em duas fases, a primeira com o uso do modelo cognitivo comportamental, e a segunda com o uso deste numa sinergia com o modelo psicodinâmico.

Caso Clínico

O paciente X é um indivíduo do sexo masculino, com 18 anos de idade e que frequenta o 12º ano. Provém de uma família de classe média, formada pelos seus pais biológicos e um irmão mais velho que frequenta o ensino superior, e que em virtude de tal se vê ausente durante longos períodos (“Ao início ainda passava grande parte da semana em casa, mas agora está cada vez

mais ausente e sinto a falta de jogar a bola com ele, correr e brincar, andar à *porrada*, conversar, enfim o meu melhor amigo está cada vez mais longe...”), sendo a estadia em casa cada vez mais diminuta. O seu desempenho escolar é razoavelmente bom, sendo que sempre primou por algum desleixo (“...eu bem que sabia ter que estudar mas...ver séries ou filmes deixava-me muito mais bem disposto, mais calmo mesmo!”). Tem já uma relação há bastante tempo, vendo-a como alguém que o completa e sentindo-se muito bem com ela e acerca do que vive com ela, ressalvando que no entanto não consegue sentir a felicidade por completo (“No início da relação estava numa fase em que os rituais não eram tão frequentes, e que por alguma razão me sentia mais confiante e livre...mas com o tempo mais rituais foram surgindo e as obsessões pareciam mais fortes...o sentimento de aperto, de prisão foi crescendo e embora me sentisse feliz a verdade é que a atenção constante a todas aquelas coisas que me fazem ficar mais ansioso distraem-me do mais importante, ela e nós...”). De referir ainda que o paciente tem o distúrbio identificado desde os 14 anos quando a sua mãe procurou apoio, ao verificar que se comportava anormalmente e a sua relação no interior de casa começou a decair com alterações constantes com ela, o pai e o irmão, e se ainda que tal pudesse ser fruto da adolescência essas davam-se quando qualquer um deles se aproximava e fazia um comentário que fosse acerca do que ele estava a fazer (“Ele saía da mesa para lavar as mãos durante as refeições, não deixava que lhe mudassem as coisas de sítio no quarto, e por vezes, mesmo na rua andava em círculos à volta de qualquer coisa um número de vezes que apenas ele sabia...as pessoas olhavam e comentavam comigo...ele saía de casa voltava mais que uma vez apenas para entrar e sair de novo, e olhava frequentemente para as horas, mas o que mais me impressionava era ele, que tinha aprendido a rezar comigo, e que normalmente mais não rezava que 2 Pais Nossos e 2 Avés Marias, passava uma hora a hora e meia de joelhos no quarto, por vezes sobre o soalho! Eu esperava e quando ia lá, e ele se estava a deitar, conseguia ver a dor dele, o quanto ele sofria, mas não queria que lhe dissesse nada...o meu marido é que quando lá passava dizia coisas que o deixavam ainda mais nervoso, porque basicamente desaprovava e por vezes gozava com o que ele fazia!”). Em conversa com a mãe procurou-se perceber se algo estranho mais se passava naquela altura que tivesse despoletado nela a necessidade de procurar ajuda, sendo que falou de alterações momentâneas seguidas daquilo que ele chamava de dores de cabeça e de muita desorientação, ao que o paciente acrescentou que tinha visões (“Num momento estava muito bem, e de repente vinham-me flashes à cabeça, uma sequência de imagens que não faziam sentido e de que só me conseguia lembrar por instantes, depois tinha dor de cabeça e esquecia-me de tudo...e pior que isso é que se estivesse a falar com alguém e me desse isso não me lembraria de nada de seguida nem talvez na próxima hora, e isto tão depressa me dava 10 vezes num dia como 1 vez num mês, pensava que era cansaço mas ao fim de algum tempo até pensava que conseguia ver o futuro pois essas imagens adquiriam algum significado mais tarde quando aconteciam, isto é, eu vivia essas situações mais à frente como se fosse um *déjà vu*...o que me deixava mais confuso, e quando falava nisto à pedopsiquiatra e à psicóloga elas simplesmente não me diziam nada...”). Tal despertou a curiosidade e procurou-se junto da mãe mais alguma informação que conseguiu dar

alguma luz sobre o assunto, no ano anterior foi diagnosticada ao paciente epilepsia após um desmaio extemporâneo de manhã. Foi conduzido ao hospital, com os pais alarmados com o que se havia passado, e segundo a mãe “Se não estivesse junto dele teria batido com a cabeça na quina da cama...”, e antes de avançar com a história procurou-se perceber junto do paciente como havia vivido a situação, se se havia sentido assustado, ao que apenas referiu “Não me assustei por acordar no hospital, sem saber o que estava ali a fazer, já era normal por vezes me ver em locais sem sequer saber o porquê de ali me encontrar...”. Inquiriu-se a mãe acerca de mais algumas situações, principalmente como era a relação do paciente com os restantes em casa, e se algum dos demais tinha algum traço obsessivo (“...alguma mania?”), e ela falou da presença de tal no marido, e no irmão, assemelhando-se entre eles, mas muito menos severo que no paciente, e sem a presença de rituais como os do paciente no irmão, embora no marido fosse fácil verificá-los mas com forte negação deste (“O meu marido tem também destas manias, dá voltas sobre a cadeira quando se senta à mesa ou junto ao sofá, passa imenso tempo na casa de banho a lavar as mãos, e fá-lo na casa de banho do quarto e depois na do rés do chão junto á sala, e tenho que ser eu a pôr-lhe a roupa para ele senão fica mal disposto, e quando é preciso por a lenha na lareira tem que ser como ele quer senão nunca tá bem feito, e não saímos muito de casa porque é complicadíssimo porque ele diz que tem que fazer isto ou aquilo e que se sai de casa depois tem que ir de novo à casa de banho e vestir um casaco que já tem quase à 25 anos e fazer mais uma data dessas coisas que o obrigam a atrasar e perder imenso tempo ficando com o trabalho pendente. Em relação ao irmão, bem esse apenas vejo que tem manias de fazer certas coisas como entrar com o pé direito no campo quando joga à bola, quando entra na sala para fazer uma frequência (pelo que me diz...) e sair sempre com a mesma caneta nos dias de frequência, quanto a obsessões apenas não quer que o incomodem no quarto quando estuda e fica bastante irritado quando o fazem...”). Uma vez compiladas as informações fornecidas pela mãe acerca do paciente, foi-lhe pedido que se ausentasse para que fosse possível falar a sós com este procurando abordá-lo nalguns aspectos referidos. Foi-lhe pedido para falar mais um pouco acerca desse sentimento de prisão que referenciava, e dos que tinha para com os que o rodeavam, procurando que ele percebesse a predisposição empática da minha parte.

Mostrou-se nesse momento mais liberto para falar do que sentia, e como disse “...a verdade é que apesar da minha mãe compreender não me dá muito espaço e implica também ela bastante com o que faço, o que me inibe, e em determinados momentos me constrange bastante, ela procura compreender mas não percebe, logo não ajuda muito...”. E prosseguiu afirmando a necessidade extrema que tem por vezes de se isolar, se fechar por não conseguir lidar com o que sente. Descreveu os pensamentos como algo bastante mau, o seu problema como “...uma doença que tem que ser tratada antes que acabe comigo...”. O seu constrangimento com tudo o que se passa com ele é bastante claro “Eu não faço quase nada que quero e, como se não bastasse, fui-me perdendo no caminho, hoje não sei bem quem sou, não vivo a felicidade como vivia e sinto-me a perder tudo e todos, a minha namorada, os meus amigos...o meu irmão, a minha mãe, e bem, o meu pai faz muito tempo que o perdi...” Aqui, fiquei um pouco intrigado procurando

perceber o porquê da afirmação, e com uma pausa da parte dele, procurei esperar mostrando-lhe compreensão, mas uma vez que o seu silêncio ameaçava demorar procurei indagá-lo acerca do que havia afirmado, o que o levou, numa demonstração de algum sentimento de conforto a prosseguir “Sabe, não costumo sentir-me à vontade para falar nisto, os meus amigos não sabem, apenas o meu irmão, minha mãe e meu pai, assim como dois amigos, e a minha namorada. Estou simplesmente farto de ter isto dentro de mim, não sei quanto tempo já envelheci, tenho 18 anos e pêlos brancos na barba, e já me nasceu um cabelo branco, para não falar como a minha mãe fica quando reajo mal com ela, o quão triste a minha namorada já ficou tantas vezes comigo que não sei como ela consegue aguentar tanto, procuro perceber e a verdade é que não consigo...custa-me ver toda a gente a sofrer à minha volta por minha culpa, quer dizer, toda gente não...o meu pai não sofre...ah, e o meu irmão, já o vi de alguma forma esconder-se ou afastar-se com medo de fazer algo que não devesse, isto é, fazer algo com que eu implicasse, e sinto que também o prendo, a ele, à minha mãe, à minha namorada...” Senti aqui necessidade de o interromper, insistindo no porquê de ele afirmar que o seu pai não sofria, ao que apenas respondeu “Ele pensa nele próprio, sofre por ele e é amargurado, é um triste (aqui ele nem sequer hesitou e demonstrou mesmo alguma fúria, além de que não reprovou sequer a interrupção), faz sofrer a minha mãe, o meu irmão e a mim, nunca nada está bem e foi sempre a mesma coisa! Quando eu e o meu irmão tínhamos boas notas era tudo muito bom, assim que, o meu irmão por ter passado um bocado mau por causa do álcool e das amizades começou a baixar as notas, e eu por causa das consequências de todos os episódios de epilepsia que fui tendo a minha memória passou a ser simplesmente uma porcaria (aqui sua face esboçou alguma tristeza), eu nem sequer me lembrava por vezes do que estava a fazer, uma vez as minhas colegas chegaram junto de mim dizendo que tinha tido 19 a matemática, no 10º ano, e eu simplesmente nem sequer me lembrava que tinha feito um teste de matemática, e como se isso não bastasse a minha directora de turma do 11º ano, que de certeza me viu nesse estado ainda hoje pensa que não sou boa pessoa e, que mais irresponsável sou louco...(aqui os seus olhos lacrimejaram) Se tal não bastasse, no ano passado não conseguia estudar e acabei por falhar nos exames e chumar a Biologia...o meu pai simplesmente deixou de falar comigo da escola e não mais se aproximou de mim da mesma forma, magoou-me muito, sempre tínhamos sido bastante próximos e isto foi capaz de o afastar, ao longo destes últimos 3 anos simplesmente se cavou um fosso enorme e ele fez questão de o afundar sempre mais e mais (começou a chorar, apoiando-se sobre a mesa, e entre soluços) não sei como o aproximar, como sermos amigos, como termos a confiança que tínhamos...e agora como se não bastasse a minha mãe e o meu irmão estão também a embarcar nisso, por vezes só me dá vontade de fugir e desaparecer por uns tempos, ou então virar as costas e partir de vez...” Perante tal confiança, deixei que o sobressalto lhe fosse perceptível, o que o levou, terminando com o choro a procurar explicar-se “Não é isso, eu seria incapaz de me matar, nem sequer de deixar a minha namorada, aliás se não fosse ela não sei onde conseguiria a força e equilíbrio necessários, mas a verdade é que as coisas, talvez por causa da pessoa em que me fui tornando foram-se complicando por vezes, o meu comportamento obsessivo levou-me por vezes a dizer

coisas que não queria e quase perdê-la, aqui foi o meu irmão que vendo-me sofrer contra toda a minha resistência conseguiu fazer-me falar e mostrar alguma luz para caminhar, e apesar do bem que me fez consegui afastá-lo de novo...(recomeçou a lacrimejar, e a manifestar alguma ansiedade com o bater do pé frequentemente e algumas hesitação nas palavras) e ela, bem, não sei, hoje não sei bem como pensa de tudo isto, como enfrenta tudo isto, porque eu não sei bem se a confusão que sinto é confusão nela, sinto as coisas um pouco turvas e por vezes ela não consegue ter a calma necessária para me perceber, bem sei que não o faz por mal, o mesmo acontece mais vezes em sentido contrário diga-se, (recomeçou o choro e aumentou a frequência dos batimentos com o pé) e por vezes apenas preciso que me compreenda, ou melhor que me apoie no caminho, o que se passa é que ela fá-lo e bem, bem demais mas por vezes eu não me reconheço no que faço, deixo-me possuir por isto e acabo fazendo algo que não quero, principalmente vê-la chorar...hoje não sei bem o quão bem estamos, e não sei bem como fazer o melhor, pois tenho tantas algemas, surpreendente é conseguir mexer-me e ainda me dar bem com todos, ou pelo menos parecer...” Procurei que a sua ansiedade decrescesse falando com ele, e procurando-lhe dar a conhecer o que havia depreendido das suas afirmações, explicando-lhe que estaria ali para com ele identificar o problema, e ele junto comigo procurarmos resolvê-lo. A sua ansiedade reduziu-se consideravelmente, e procurou apenas concluir “Sabe, eu percebo o quão tudo isto é errado, não estou ou estive em algum momento com depressão, como alguns colegas seus já me disseram, e não quero em momento algum comprimidos, não acredito que me possam ajudar, eu sei que me posso ajudar a ultrapassar isto, e posso fazê-lo se contar com o seu apoio...” Ao que, respondi afirmativamente, mas deixando claro que era preciso que também ele se comprometesse a, mais que desejar que tal acontecesse procurasse ser determinado o suficiente para caminhar nessa direcção e se dispusesse a proceder ao que ali fosse decidido ser o necessário para que se pudesse alcançar o objectivo desejado. “Estarei pronto, mas confesso que tenho algum receio, e há situações, mais precisamente locais, que evito e que não me vejo sequer a não evitar...” Procurei sossegá-lo, mostrando-lhe no entanto que seria necessário que fosse capaz de dialogar, e depois junto comigo actuar sobre tal. “Tenho medo, tenho receio, mas também sei que tenho que fazer algo e o quanto mais cedo melhor!” Chegado o tempo disse-lhe que nos encontraríamos de novo ali na semana seguinte, e foi perceptível, alguma serenidade nele. Despedi-me também da mãe, que se havia retirado para a sala de espera.

Após a consulta, analisando os dados que foi possível recolher, a existência de DOC no paciente era bastante plausível, até pelos factores de risco apresentados, isto é, a presença de sintomas no pai, a situação médica de presença de epilepsia, aliado a alguns mecanismos de defesa perceptíveis, colocavam-no num patamar em que o risco de realmente ser portador de DOC era enorme. Procurou-se nas consultas seguintes prosseguir com o diagnóstico diferencial e recolhendo informação para cimentar o diagnóstico, precavendo-se ao longo do tratamento para qualquer evolução ou comorbidade.

Terapia Cognitivo Comportamental

Nas consultas seguintes procurou-se perceber exactamente junto do paciente como influenciavam as obsessões sua vida, que obsessões eram, usando questões abertas para fazer o paciente falar bastante, não limitar o seu discurso potenciando-o ao invés, fazendo com que dessa forma se pudessem obter informações que pudessem ser fulcrais no desenvolver do tratamento. Como foi possível perceber que o insight percebido do seu distúrbio era consistente, e a convicção nas ideias obsessivas não era extraordinariamente intrusiva, procurou-se ao fim de algum tempo começar uma psicoeducação para o tratamento, não sem antes ultrapassar o passo mais difícil, até pelo revelado na consulta:

“ - Terapeuta(T): Disse-me que havia já consultado alguns colegas meus. Porque não me diz que se passou até chegar aqui?”

- Paciente (P): “A verdade é que a primeira psicóloga que consultei foi fonte de apoio fundamental para eu começar a compreender o que se passava comigo, contudo o evoluir do número de rituais, e o sentimento negativo que isso acarretava em mim, foi-me fazendo sentir bastante frustrado, e ao fim de dois anos senti que o frequentar as consultas não iria criar em mim uma base para suportar o processo de cura, então abandonei...(visivelmente triste)

- T: Mas voltou a ver outra psicóloga/psicólogo?

- P: Sim, mas mais uma vez, não vi resultados, passado um ano vi que o meu tempo ali não era bem empregue, e que como tal não deveria estar ali, discuti com os meus pais, mas o meu irmão apoiou-me, quer dizer, pelo menos não reclamou comigo como os meus pais fizeram...(aqui foi possível verificar como ele projectou o seu sentimento no irmão)

- T: Mas sabes, posso ver que és inteligente e que consegues compreender o que se passa, então também creio que posso falar abertamente contigo e procurar contigo o que é necessário para que consigamos superar o que te trouxe aqui. Mas é necessário algo, é preciso que consigas aqui, e lá fora, trabalhar comigo para isso, achas que és capaz? Eu acho que sim...

- P: É o que eu mais quero...mas sou impaciente e se pudesse queria que isto desaparecesse de um vez, que tivesse amnésia ou assim...

- T: Pois, mas tal não vai ser possível nem seria o melhor não é? Já imaginaste o que seria esqueceres-te de todos aqueles que são importantes para ti?

- P: Tem razão...

-T: Então preciso de saber que compreendes a necessidade de cumprirmos alguns objectivos, o que é fundamental, embora a forma como o façamos dependa de como tu decidires realizar as tarefas.

- P: Mas será algo muito complicado? (alguns suspiros e aflicção visível pela linguagem não verbal)

- T: Sabes, não só não é complicado, como é algo que é teu. A tua vontade e determinação serão importantíssimas, faremos uma caminhada lado a lado enquanto necessitares do meu apoio.

- P: (com confiança visível) Então porque esperamos?”

A consulta continuou a desenrolar-se e ao longo desta e da seguinte, fomos falando em obsessão, compulsão, enfim de todos os construtos que iríamos abordar daí para a frente, as técnicas a utilizar, e como funciona a ansiedade, e foi possível criar uma relação de confiança forte que possibilitou que nas seguintes ele conseguisse abordar os pensamentos, ainda que com algum receio, e os pudéssemos trabalhar:

“- P: Hoje quero falar do que me atormenta! (a predisposição e sentimento de liberdade eram claros)

- T: Então diz-me, que pensamentos ou sentimentos te percorrem?”

E aí ele começou a enumerar alguns, mais alguns, e a determinada altura perguntei:

“- T: E se me disseses, dentro daqueles que mencionaste aqueles que, numa escala de 0 a 10 darias o menor valor, isto é, aquele que menos ansiedade desperta em ti? E também que situações fazem com que eles apreçam?!”

Aí, ele começou a estruturar, a criar uma hierarquia com a qual trabalharíamos daí para frente. Na consulta seguinte propus que pegássemos naqueles sentimentos, pensamentos e situações e as abordássemos, provocando a sua exposição, e foi aí que o primeiro revés se verificou, pois apesar de ele os ter descrito na consulta anterior, e ter mostrado algum à vontade, a verdade é que procurou evitar a exposição, e apenas ao fim de três consultas foi possível avançar para esse processo, mas aí:

“-P: Sabe, até me sinto melhor, um pouco liberto!

- T: Então e se esta semana procurares fazer o mesmo em casa?

- P: Mas tem que ser tudo? (voz receosa)

- T: Para já, porque não procuras continuar a exposição a este que trabalhámos aqui, e também àqueles que mencionaste serem de intensidade semelhante?

- P: Julgo que sim... (alguma distância no momento da resposta)

Na semana seguinte ainda não havia procurado expor-se a mais nenhuma situação e entrou bastante ansioso, revelando “O meu pai esteve particularmente irritante esta semana, fez o meu irmão literalmente sair de casa e não sei quando ele vai voltar, e só penso que a culpa é minha...e qualquer coisa que faça apenas fará com que o meu irmão não volte...”

“- T: Diz-me uma coisa, o que se passou fizeste algo?

- P: Não...

- T: Foi uma situação na qual tu nem sequer te envolveste não?

- P: Pois...

- T: Então não será esse pensamento motivado pelo medo de perderes o teu irmão apenas? Porque não falas com o teu irmão e lhe pedes que te explique o que se passou?

- P: Sim...”

Aqui pedi à mãe que entrasse, e abordei-a procurando saber que se havia passado (a interacção com a mãe foi dispensada no início para cimentar a confiança com o paciente) e se seria possível que na próxima consulta viesse também o marido. Assim foi, e pela primeira vez foi possível não apenas conhecer o pai, como perceber o comportamento do paciente diante dele,

e diante de ambos os pais, pois pedi à mãe que se ausentasse por instantes, antes do pai sair. A conversa com o paciente foi no intuito de lhe mostrar a importância que teria o diálogo com o seu irmão e com os seus pais.

Na consulta seguinte, não vinha num estado tão ansioso como anteriormente e abriu o diálogo:

“- P: O meu irmão explicou-me e foi aí que percebi, que por mais que fizesse ou deixasse de fazer algo, não seria por isso que ele voltaria para casa, o problema não está em mim mas no eles se entenderem ou não...ah, e esta semana não apenas me expus à situação que tínhamos combinado, como a mais duas! (disse isso com grande orgulho)

-T: Assim é que é, e será que estarás preparado para fazer algo mais?

- P: Enfrentarmos mais situações?

-T: Não, façamos algo diferente, tenho aqui folhas e canetas, porque não fazemos uns cartões onde...Espera, abstraindo de qualquer emoção, que dirias sobre os teus pensamentos?

-P: Que não são verdadeiros...que não devia ouvi-los...que são irreais...

-T: Ótimo! Peguemos nisso então, se escreveres na folha o que acabaste de dizeres, serás capaz de levar para casa e colocá-lo junto dos locais que já apontaste que despertam esses pensamentos e sentimentos que evitas?

- P: Sim!

-T: Mãos à obra?!”

Nas consultas seguintes continuamos a trabalhar as estratégias de enfrentamento, identificando ao longo do processo as crenças disfuncionais, e procurando criar no paciente um sentimento de satisfação e realização. Com o tempo foi possível ouvir mais vezes:

“- P: Já não faço evitamentos no quarto!

Já não faço rituais na cozinha!

Já não faço...”

E nessa altura, a maior parte das situações que anteriormente despoletavam a ansiedade já não o faziam, e o paciente sentia-se mais confiante, liberto e capaz de realizar algo mais. No entanto havia nele ainda algum receio:

“- P: Mas e será que isto não volta?”

Disse-lhe que era natural que a dúvida o percorresse, mas naquele momento não haveria razão para se encontrar preocupado daquela forma porque tínhamos trabalho a desenvolver, que, ao longo da terapia foi possível verificar o crescente entusiasmo com que o paciente o desenvolvia.

Durante mais algumas consultas trabalhámos as estratégias de enfrentamento, a identificação das situações despoletadoras das obsessões, rituais e/ou evitamentos; a não prática dos rituais; a distração em situações tidas como de risco; o auto diálogo com frases de ordem para controlo dos pensamentos e a continuação do uso dos papéis com as frases.

Ao fim de 10 meses foi possível, verificando a evidente satisfação na cara do paciente, dar alta explicando que tal acontecia porque tinha sido alcançado o objectivo da eliminação da quase

totalidade dos sintomas, procurando-lhe relembrar a importância do trabalho realizado nas últimas semanas, e que seria fundamental para responder a situações que poderia identificar como recaídas, e que a acontecerem não devia considerar como algo extremamente negativo por ser, pelo contrário algo normal e comum, principalmente porque tudo o que o paciente desenvolvia eram hábitos, e tal por vezes é difícil quebrar.

Terapia segundo o Modelo Psicodinâmico

Seguindo um modelo psicodinâmico, nas primeiras sessões, o objectivo seria criar uma relação de confiança para a partir daí tentar determinar a origem das obsessões, da sua neurose, procurando pela associação livre que o paciente desse indicações que permitissem pela análise e interpretação alcançar tal. Aqui dar-se-ia já um processo de transferência enquanto a técnica é utilizada.

O passo seguinte é organizar as obsessões/impulsos relatados pelo paciente e procurar interligá-los com as informações obtidas dele também, e assim procurar encontrar o motivo que conduziu ao surgimento destes. É também um dos objectivos determinar a ansiedade ligada a estes, e saber como a reduzir quando necessário.

A interpretação acerca das situações despoletadoras das obsessões/impulsos deve ser feita para o paciente, potenciando que este desenvolva um processo de transferência que permita ao terapeuta obter um insight mais profundo dos processos mentais do paciente, procurando aceder ao material inconsciente, à medida que o sujeito o vai tornando consciente. Aqui é fundamental também descobrir que mecanismos de defesa existem, e em que situações se revelam, o que permitirá descodificar as compulsões.

Ao longo da terapia o uso dessa informação estará disponível para ambos, paciente e terapeuta, procurando-se que o paciente consiga alcançar um insight que lhe permita descodificar as crenças erradas e obter um auto conhecimento maior e mais eficaz para conseguir agir sobre as obsessões e compulsões.

Obtém-se então o triângulo de conflito cujos vértices são: *Defesas; Ansiedade e Impulsos*.

Para enfrentar as obsessões e compulsões, poderíamos usar as mesmas técnicas descritas anteriormente na técnica cognitivo comportamental, sendo que se procuraria confrontar a obsessão com a compreensão desta já inserida no insight do paciente, permitindo-lhe desmistificá-la e recusar os comportamentos compulsivos para reduzir a ansiedade, mesmo até porque aí a ansiedade já não se veria como factor que dispararia perante tal obsessão/impulso. A compreensão permitirá também o abandono dos mecanismos de defesa.

A mudança terapêutica obter-se-ia com a passagem para o consciente dos materiais que causavam a ansiedade, fazendo do ego do paciente um ego em crescimento e em contínuo, isto é, o indivíduo aprende uma forma própria de compreender e trabalhar os seus problemas. Ou seja, o paciente obsessivo compulsivo, nesse momento detém já todas as ferramentas que impedirão que o DOC se manifeste de novo.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Ambos os modelos se apresentam como alternativas muito válidas para o tratamento do distúrbio em questão.

Em respeito à possibilidade de poderem coexistir, apenas o podem fazer como técnicas, e no caso do modelo psicodinâmico, isto é, a terapia cognitivo comportamental enquanto técnica poderá ser uma ferramenta bastante útil para o confronto das obsessões, porém não consegue ser determinante no momento da obtenção de uma compreensão do que despoleta tal acontecimento.

Em relação à segunda questão, a literatura aponta a abordagem cognitiva como mais eficaz no tratamento do DOC, provavelmente pela maior facilidade de exequibilidade. Mas julgo ter que discordar, pois a abordagem psicodinâmica permite não apenas confrontar e compreender o problema, como também alterar as estruturas do self para integrar a informação alcançada, ao invés da cognitiva em que há apenas uma mudança de crenças que pode não ser sinónimo de compreensão global do problema e assim manter o sujeito mais exposto a novas intrusões de crenças distorcidas. Numa abordagem psicodinâmica o sujeito age sobre si mesmo obtendo um *insight* psicodinâmico que lhe permitirá enfrentar qualquer impulso/obsessão que surja para o ameaçar pois a resposta para os seus problemas encontra-se já em si, ao passo que numa abordagem cognitiva, o sujeito obtém conhecimento acerca do seu problema, o que lhe permitirá conduzir técnicas para resolver alguma ameaça que surja, aprendidas na terapia.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Washington: Climepsi Editores.

Aycicegi, A.; Harris, C. L. & Dinn, W. D. (2002). *Parenting Style and Obsessive-Compulsive Symptoms and Personality Traits in a Student Sample*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 406–417.

Cordioli, A. V. (2008). As Principais Psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli e Colaboradores (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.

Dobson, K.S. & Shaw, B.F.(1995). Cognitive Therapies in Practice. In Bongar, B. & Beutler, L.E. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy – Theory and Practice*. (pp. 159-172). New York/Oxford: Oxford University Press.

Eizirk, C.L. & Hauck, S. (2008). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In A. V. Cordioli e Colaboradores (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 151-166). Porto Alegre: Artmed.

Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores

Iankilevich, E. (1998). Alta em Psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 109-118). Porto Alegre: Artmed.

Isaacs, K. L.; Philbeck, J. W.; Barr, W. B.; Devinsky, O. & Alper, K. (2004). Obsessive–compulsive symptoms in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 569–574.

Jacobi, D. M.; Calamari, J. C. & Woodard, J. L. (2006). Obsessive–Compulsive Disorder Beliefs, Metacognitive Beliefs and Obsessional Symptoms: Relations between Parent Beliefs and Child Symptom. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 153–162.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. & Greeb, J.A. (1994). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed

Karon, B.P. & Widener, A.J. (1995). Psychodynamic Therapies in Historical Perspective. In Bongar, B. & Beutler, L.E. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy – Theory and Practice*. (pp. 24-47). New York/Oxford: Oxford University Press.

Macedo, A.F. & Azevedo, M. H. P. (2001). *Os Genes que Pensam – Alguns Temas de Genética Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Magnavita, J.J. (2002). Psychodynamic Approaches to Psychotherapy: A Century of Innovations. In Kaslow, F.W.(Ed. Chi.) & Magnavita, J.J. (Vol. Ed.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy – Vol. 1 Psychodynamic/Object Relations* (pp. 1-14). New York: John Wiley & Sons.

Pita, T. (2008, Outubro). *Introdução aos Modelos e Métodos de Intervenção Psicológica I*. Apresentação Power Point na Aula de IMMIP I, UBI, Covilhã

Rangé, B. & Sousa, C.R. (2008). Terapia cognitiva. In A. V. Cordioli e Colaboradores (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 263-284). Porto Alegre: Artmed.

Saffi, F.; Savoia, M. & Neto F. L. (2008). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. In A. V. Cordioli e Colaboradores (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 285-298). Porto Alegre: Artmed.

Shultz, D. P. & Shultz, S. E. (1998). *História da Psicologia Moderna* (8ªEd.). Brasil: Thomson

Sprinz, I. & Borowski, S. M. (1998). O Insight como Fator de Mudança. In A. V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias: Abordagens Actuais* (pp. 55-66). Porto Alegre: Artmed.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

(Apoio no desenvolvimento da Consulta Simulada)

Schooler, C.; Revell, A. J; Kiara R.; Timpano, M.S.; Michael Wheaton, B.A. & Dennis L. Murphy, M.D. (2008). Predicting Genetic Loading From Symptom Patterns in Obsessive-Compulsive Disorder: A Latent Variable Analysis. *Depression and Anxiety*, 25, 680–688.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders – A Practice Manual and Coceptual Guide*. England: John Wiley & Sons.

Wertz, J.F. (1986). Freud's Case of The Rat Man Revisited: An Existencial-Phenomenological and Socio-Historical Analysis. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34, 1.

BIBLIOGRAFIA PESQUISADA

(Não serviu de apoio, mas foi alvo de leitura sucinta não tendo relevância para a realização do trabalho)

Buchanan, A. W.; Ko Soo Meng, & Marks, I. M. (1996). What Predicts Improvement and Compliance During The Behavioral Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *ANSIET*, 2, 22-27.

Critchfield, K. L.; Henry, W. P.; Castonguay, L.G. & Thomas D. Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal Process and Outcome in Variants of Cognitive–Behavioral Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 63(1), 31–51.

Grenier, S.; O'Connor, K. & Claude Bélanger (2008). Obsessional Beliefs, Compulsive Behaviours and Symptom Severity: Their Evolution and Interrelation Over Stages of Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 15–27.

Kevin D. Wu & Shawn A. Carter, B.A.(2008). Specificity and Structure of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 641–652.

Raymond L. Ownby, M.D.(2008). Computational Model of Obsessive-Compulsive Disorder: Examination of Etiologic Hypothesis and Treatment Strategies. *Depression and Anxiety*, 8, 91–103.

Siefert, C. J.; Hilsenroth, M. J.; Weinberger, J.; Blagys, M. D. & Ackerman, S. J. (2008). The Relationship of Patient Defensive Functioning and Alliance with Therapist Technique During Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 20–33.

Storch, E. A.; Abramowitz, J. & Goodman, W. K. (2008). Where does Obsessive-Compulsive Disorder Belong in DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 25, 336–347.

Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58–71.