



Rev. Bras. de Hipnose 2014; 25(1):58-65

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista
Brasileira de
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

Compreensão psicológica e tratamento por hipnose sugestiva e psicofármacos. Relato de um caso clínico

Psychological comprehension and treatment by suggestive hypnosis and psychopharmaceuticals. A case report

Marcos Estevão dos Santos Moura

Associação Brasileira de Hipnose, MS, Brazil

Resumo.

O autor faz uma breve revisão sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), sua compreensão psicológica e sua abordagem terapêutica, mostrando, através da apresentação de um caso clínico, o valor da hipnose sugestiva no tratamento, acelerando o desaparecimento dos sintomas e permitindo uma menor dosagem farmacológica.

Palavras-chave. Transtorno Obsessivo-compulsivo, Compreensão Psicológica, Hipnose Sugestiva.

Abstract.

The author makes a brief review about Obsessive-Compulsive Disorder, its psychological comprehension and its therapeutic approach, showing, through a clinical case, the value of suggestive hypnosis in the treatment, accelerating the disappearance of symptoms and allowing minimum pharmacological doses.

Keywords. Obsessive-Compulsive Disorder; Psychological Comprehension; Suggestive Hypnosis.

1. Introdução.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma doença psiquiátrica grave, de evolução crônica, altamente incapacitante tanto profissional, quanto socialmente. Apesar de saber-se que, não obstante trata-se de uma enfermidade extremamente desconfortável, o TOC é uma moléstia ainda subdiagnosticada, haja vista a característica vergonhosa e sigilosa dos pensamentos (obsessões) e rituais (compulsões) presentes. Além disso, há frequentemente comorbidade com outras doenças psiquiátricas e neurológicas. Há ainda que se observar que o TOC é uma doença crônica, muitas vezes com períodos de remissão parcial ou total dos sintomas. A ampla manifestação sintomatológica leva à necessidade de se fazer cuidadosamente o diagnóstico diferencial com patologias como a Esquizofrenia, as Síndromes Organocerebrais, os Transtornos do Humor e a Personalidade Anancástica.^{1,2,3}

2. Epidemiologia.

Os levantamentos epidemiológicos mais recentes^{4,5} revelam algo em torno de 2,5% de TOC na população geral (uma prevalência superior a anteriormente estimada, que era menor que 1%), com início na infância, ou na adolescência ou no começo da idade adulta, afetando igualmente a ambos os sexos, embora alguns trabalhos mostrem que na infância há maior número de casos no sexo masculino, numa proporção de até dois meninos para cada menina^{5,6}. Um em cada quatro doentes

tem história familiar positiva para TOC e o que se julgava, no passado, um transtorno raro, é hoje conhecidamente uma enfermidade subdiagnosticada, pois além da dificuldade de adolescentes e adultos exporem seus pensamentos e rituais, grande número de casos inicia na infância, onde os sintomas muitas vezes são vistos por familiares como simples "manias" da idade.^{3,7,8}

Apesar de não haver estudos epidemiológicos a respeito da prevalência do Transtorno da Personalidade Anancástica ou Obsessiva na população geral, sabe-se que são poucos (cerca de 6%) os pacientes portadores de TOC que apresentam a referida personalidade pré-mórbida⁹. O Transtorno Evitador da Personalidade parece ser o mais prevalente, seguido do Transtorno Dependente da Personalidade, Transtorno Histriônico da Personalidade e Transtorno Misto da Personalidade.³

3. Personalidade Obsessiva.

A Personalidade Obsessiva ou Anancástica faz-se presente nas pessoas cautelosas, com dúvidas intermináveis, detalhistas, perfeccionistas, rígidas, etc. São indivíduos adaptados às suas características (egossintônicos) e muitas vezes, por causa disso, para os observadores externos, são profissionais produtivos, bons administradores, apesar de sofrerem sempre com a dúvida de que estão ou não conseguindo realizar um bom trabalho, necessitando sempre de maior meticulosidade, rigidez e cautela, exigindo maior empenho dos outros numa tentativa de que estes supram a sua limitação e diminuam, ou simplesmente mascarem a sua própria insegurança.³

4. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo seria caracterizado por obsessões, que são pensamentos, desta vez, egodistônicos, invasivos, repetidos, angustiantes, involuntários, mesclados de intensa ansiedade e, geralmente, com temas de prejuízos para si próprio ou para outrem, necessitando de imperativa anulação desses "danos" através de compulsões, que são atos, igualmente vistos como desproporcionais pelo paciente, apesar de não conseguirem resistir ao impulso de pô-los em prática, atenuando, com a realização dos mesmos, a ansiedade gerada pelas obsessões. Os pensamentos obsessivos geralmente referem-se à sujeira e contaminação, a dúvidas, à agressividade e prejuízo, a sexo e religião, à ordem e simetria, a preocupações corporais, à ruminação, etc. As compulsões usualmente dizem respeito à verificação, à limpeza, a repetições e a outros diversos rituais.^{1,2}

5. Critérios de Diagnóstico.

Segundo a CID-10¹⁰, *para um diagnóstico definitivo, os sintomas obsessivos, atos compulsivos ou ambos devem estar presentes na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas consecutivas e serem uma fonte de angústia ou de interferência com as atividades.* Os sintomas obsessivos devem ter as seguintes características:

Eles devem ser reconhecidos como pensamentos ou impulsos do próprio indivíduo:

- a) deve haver pelo menos um pensamento ou ato que é ainda resistido, sem sucesso, ainda que possam estar presentes outros, aos quais o paciente não resiste mais;
- b) o pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (o simples alívio de tensão ou ansiedade não é, neste sentido, considerado como prazer);
- c) os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.¹⁰

Segundo o DSM-IV¹¹, deve haver as seguintes características:

- a) obsessões e compulsões;
- b) em algum ponto durante o curso do transtorno, a pessoa reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (observação: isso não se aplica a crianças);
- c) as obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tomam mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente na rotina normal da pessoa, atividade ocupacional (ou acadêmica), ou atividades ou relacionamentos sociais normais;

- d) se outro distúrbio do eixo I estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não é restringido a ele;
- e) a perturbação não é causada por efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo: abuso de droga, medicação) ou uma condição médica geral.¹¹

6. Aspectos Psicológicos.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), chamado por Freud de Neurose Obsessivo-Compulsiva, foi classificado por ele dentro das então chamadas Psiconeuroses, que seriam aquelas com possibilidade de abordagem psicanalítica. Segundo Freud¹¹, tratava-se de uma situação conflitante, relacionada principalmente à fase anal do desenvolvimento da personalidade, onde a questão retentiva e a expulsiva moldariam uma personalidade que evoluiria para a Neurose Obsessivo-Compulsiva.^{12,13}

Na fase anal do desenvolvimento, por volta do segundo ano de vida, a criança tem a sua libido dirigida para os segmentos de excreção corpórea e usa essas partes como melhor lhe convém, ou retendo fezes e urina ou expulsando-as exageradamente. Nessa fase, a capacidade neuromuscular está mais desenvolvida e nela a criança toma uma posição contrária às solicitações do meio, onde o NÃO abundantemente presente determina o que se conhece como um período de negação.

Como o TOC está principalmente ligado à fase anal sádica, há então características de comportamento rígido, preocupação com limpeza, teimosia, controle excessivo, dificuldades no relacionamento de troca com o outro, etc. Há um tipo passivo correspondente à fase anal retentiva e outro tipo ativo, que corresponde à fase anal expulsiva, caracterizando os dois tipos obsessivos, dominado e dominador, respectivamente.

A anulação, o isolamento e a formação reativa são os principais mecanismos de defesa utilizados pelo ego obsessivo, numa tentativa mágica de controlar sua angústia.^{12,13,14}

7. Teoria Neurobiológica.

A teoria serotoninérgica é a hipótese mais aventada, atualmente, na patogênese do TOC. Há comparações feitas entre a clomipramina, antidepressor tricíclico, de potente bloqueio de recaptura de serotonina em relação a outros antidepressivos tricíclicos de bloqueio maior de recaptura de noradrenalina, mostrando que aquela é mais eficiente no controle dos pensamentos e rituais desse distúrbio. Há também estudos mais recentes com antidepressores não tricíclicos, seletivos de recaptura de serotonina, como a fluoxetina, a sertralina, etc., mostrando as propriedades anti-obsessivas destes, geralmente em doses mais elevadas do que as utilizadas nos Transtornos Depressivos e Ansiosos. Também tem sido observado o papel dos gânglios basais dentro das hipóteses etiológicas do TOC, havendo crescentes estudos de observação entre a função serotoninérgica e anomalias nesses gânglios.^{15,16}

8. Tratamento Convencional.

Nas últimas décadas, o tratamento preconizado diz respeito ao uso de antidepressores tricíclicos com grande atividade serotoninérgica, mais especificamente a clomipramina e/ou dos inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS), associados à Psicoterapia Comportamental, através da Exposição e Prevenção de Resposta.^{15,16}

9. Hipnose.

A Hipnose deixou de ser algo diabólico na Segunda metade do século XVIII, quando Mesmer, médico vienense explicou o "magnetismo" como um fenômeno natural, desmistificando o exorcismo, iniciando, assim, a era científica da Hipnose.¹⁷

Na primeira metade do século XIX Braid criou o termo Hipnotismo ao conseguir a hipnose através da fixação de um ponto brilhante. Mais tarde essa técnica veio a chamar-se de Braidismo em homenagem a seu criador. Ainda no século XIX, na França, as Escolas de Nancy e da Salpêtrière tomaram diferentes posições a respeito do assunto. A Primeira, com os Drs. Liébeault e Bernheim, punha em evidência o papel da sugestão na hipnose, considerando esta como um fenômeno psicológico normal, ao contrário da Segunda Escola com Charcot que dizia que apenas os histéricos eram hipnotizáveis, considerando a hipnose como um estado patológico, uma neurose histérica artificial.¹⁷

No final do século XIX e início do século XX, Brewer, em Viena, usava a Hipnose em seus pacientes para a lembrança de fatos traumáticos reprimidos, com melhora dos sintomas apresentados, dando a essa técnica o nome de Catarse, técnica essa que foi usada por Freud por algum tempo, até que alguns pacientes dificilmente hipnotizáveis, ao associarem livremente suas ideias, traziam à consciência material reprimido, surgindo assim a Psicanálise. A Hipnose e a Psicanálise hoje constituem diferentes técnicas de terapias psicológicas.

A Hipnose é caracterizada por um estado de consciência alterado (e não por um estado de inconsciência), com concentração focal e desatenção ao meio, com padrão eletroencefalográfico de alerta, constituído por ondas alfa, o que comprova a indução de um alto grau de relaxamento. Há pessoas facilmente hipnotizáveis e pessoas hipnotizáveis com muita dificuldade e as sessões mal sucedidas se devem ou à resistência do paciente, mobilizada por suas fantasias, temores e ansiedade, ou ao erro de técnica do terapeuta. Não há risco algum no transe hipnótico e as contraindicações são relativas e poucas, como nos casos de deficiências mentais e psicoses.^{17,18}

A Hipnose pode ser usada na técnica regressiva, permitindo a revivência ou lembranças de fatos passados recentes e/ou remotos, buscando o alívio catártico, ou na técnica sugestiva, com imposições ao paciente, através da palavra, utilizada de forma imperiosa, sugestionando-lhe ao controle e ao desaparecimento de determinados sintomas ou sinais desagradáveis.¹⁷

10. Caso Clínico.

Identificação.

R.D.G.S., sexo feminino, 25 anos de idade, de cor morena, casada, trabalhadora do lar, católica, nível de instrução secundário incompleto, natural de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, residente nesta capital e de procedência domiciliar.

História da doença atual.

A paciente relatou que havia dois anos vinha apresentando pensamentos desagradáveis que tomavam conta de sua mente, obrigando-a a executar atos absurdos, como ter que falar repetidamente a palavra "satanás" e engolir saliva cada vez que essa palavra era pronunciada. Em outras ocasiões precisava contar diversas vezes o número de passos que havia entre a porta dos fundos de sua casa e o muro do seu quintal, além de outros rituais de verificação, necessitando realizar tais atos, mesmo achando-os repugnantes, para aliviar a intensa ansiedade que nela se instalava pela possibilidade de não conseguir realizá-los.

Contou que aos 12 anos de idade, apresentou sintomatologia parecida, tendo sido submetida a tratamento médico por um ano, fazendo uso, na ocasião, de haloperidol e clobazam, com o qual desapareceram os sintomas. A partir de então, alguns pensamentos inoportunos lhe surgiam esporadicamente, mas eram afastados com facilidade e, por isso, não a preocupavam.

Havia dois anos, desde o agravamento sintomatológico, quando ela procurou ajuda profissional, iniciando o uso de clomipramina (chegando a 300 mg por dia) e clonazepam (4 mg por dia), além de acompanhamento psicoterápico de técnica comportamental, sem bons resultados, abandonando o tratamento cerca de oito meses após iniciá-lo. Depois de um ano e quatro meses sem qualquer cuidado psicoterápico ou psicofarmacoterápico, apresentou piora dos sintomas, e resolveu mais uma

vez procurar atendimento especializado, sendo então a mim encaminhada para tratamento através de hipnose.

Antecedentes Pessoais.

Segundo informações da própria paciente, ela ocupava o segundo lugar de uma prole de quatro filhos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino (é a primeira filha mulher). Julgava que a gestação materna transcorreu com muitos problemas pelas frequentes brigas entre os pais, que algumas vezes chegavam à agressão física. Nasceu em ambiente hospitalar, de parto natural, um pouco demorado, apresentando, ao nascer, coloração levemente escurecida da pele, mas sem necessidade de cuidados especiais.

O desenvolvimento somatopsíquico foi normal, assim como o controle dos esfíncteres. Diz ter contraído as doenças comuns da infância, sem complicações para o lado do sistema nervoso central. Iniciou os estudos aos sete anos de idade, cursando até o primeiro ano do segundo grau, sem qualquer reprovação, parando as atividades escolares para trabalhar. Sua primeira menstruação ocorreu aos doze anos de idade, sem qualquer orientação a esse respeito, assustando-se muito na ocasião, recorrendo à mãe, que a tranquilizou, dizendo-lhe que isso era normal, orientando-a superficialmente e dando-lhe, em seguida, um absorvente.

Ela teve seu primeiro relacionamento sexual aos dezoito anos com um namorado, vindo a casar com este, quando completou vinte anos de idade. Pela dificuldade financeira no início do casamento, mesmo contra a vontade do esposo, precisou trabalhar fora, na função de caixa de supermercado, dos dezoito aos vinte e dois anos, ficando impossibilitada de continuar a exercer a sua profissão, por dificuldade de conciliar o horário do trabalho com o de suas atribuições de dona de casa, esposa e mãe. Na ocasião do tratamento, ela estava casada há cinco anos e tinha dois filhos do sexo masculino, um de cinco e outro de dois anos de idade, ambos saudáveis.

Antecedentes Familiares.

Pai vivo, com 65 anos de idade, na ocasião, gozando boa saúde, de estatura média e compleição corporal normolínea. Faz uso de considerável quantidade de bebida alcoólica e quando embriagado chegava a tornar-se agressivo, principalmente com a esposa e filhos. Nos momentos sóbrios era sério, irritado e repressor e, quando os filhos eram crianças, não tolerava vê-los na rua ou fazendo barulho em casa. Viveu sempre de "bicos" e principalmente, de jogos de azar; ganhando e perdendo grandes somas de dinheiro nesses jogos.

A mãe também viva, na ocasião, com 61 anos de idade e boa saúde, de estatura baixa e compleição corporal normolínea. Sempre cuidou da casa, do marido e dos filhos, conforme a vontade do esposo. Sempre foi submissa a ele, embora às vezes revidasse à agressão física sofrida. Não tinha vícios, era calma, apesar de que no passado algumas vezes se irritava com os filhos, chegando a castigá-los fisicamente pela falta de ajuda destes nos trabalhos domésticos.

Os dois irmãos homens eram assalariados, mas também arriscavam grande quantidade de dinheiro em jogos de azar, o que lhes gerava conflitos domésticos. A irmã mais nova era casada, trabalhadora do lar e aparentemente sem anormalidades. R.D.G.S. desconhecia outros casos de doença mental na família.

Exame do Estado Mental.

O exame foi realizado em ambiente tranquilo, com a presença apenas do examinador e da paciente, encontrando-se esta em bom estado de higiene, vestida adequadamente, cooperativa, sem alterações sensoperceptivas, com a capacidade conceitual mantida e compreendendo o caráter mórbido de seus sintomas. Pensamento de curso normal com ideias obsessivas. A memória, a atenção e a orientação estavam normais e havia lucidez da consciência. Houve relato de ansiedade e de atos compulsivos complexos. A linguagem estava inalterada.

Escala Yale-Brown para Distúrbios Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS) com escore inicial total de 30 pontos e com Avaliação Global da Severidade na faixa de 4 a 5 (TOC grave).

Diagnóstico.

CID-10: F42.2- Transtorno Obsessivo-Compulsivo - Pensamentos e atos obsessivos mistos.¹⁰

DSM-IV: 300.3 - Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Proposta de Tratamento

Após as entrevistas iniciais em número de duas, suficientes para a confecção da anamnese, para a aplicação da escala Y-BOCS e para um diagnóstico confiável, segundo as diretrizes diagnósticas da CID-10 e do DSM-IV, foi feita uma proposta de tratamento que incluía 10 (dez) sessões iniciais de hipnose sugestiva, duas vezes por semana e depois mais 05 (cinco) sessões semanais e posteriormente mais 05 (cinco) sessões mensais. Denominamos as dez primeiras de sessões de ataque ou de resposta terapêutica breve e as dez últimas de sessões de reforço ou de manutenção. Além das sessões de hipnose, lhe foi proposto o uso de medicação, sendo utilizada a clomipramina na dose inicial de 75mg, aumentando-se para 150 mg após duas semanas de tratamento, dosagem esta bem menor do que aquela que a paciente havia feito anteriormente.

Evolução.

No final da segunda semana de associação terapêutica (hipnose sugestiva e clomipramina), a paciente já mostrava um discreto controle na sintomatologia compulsiva e uma diminuição da ansiedade gerada pela não realização de determinado ato.

Convém esclarecer que em todas as sessões a paciente era sugestionada a sentir-se bem ao controlar seus pensamentos obsessivos e suas ações compulsivas e que melhoraria a cada sessão e a cada dia (a palavra, chamada por Pavlov de "sinal dos sinais" é, quando empregada técnica e adequadamente, um forte estímulo de modificação do pensamento) e, ainda, que estaria livre dos sintomas angustiantes na décima sessão. Isso porque a Teoria da Hipnose faz crer que um determinado referencial deve ser dado ao paciente, servindo essa referência como um condicionamento à resposta¹⁹. Assim como lhe dizemos que adormecerá ao citarmos o número 3, ou 5 ou a letra C, etc., temos também que lhe dar um referencial de "cura". E por que não a primeira, segunda ou terceira sessão? Ora, é claro que conhecemos a gravidade do TOC e sabemos que um número pequeno de sessões pode não ser efetivo, comprometendo a eficiência da técnica e a confiança do paciente, que muitas vezes já está descrente de todo e qualquer tratamento.

No final da quarta semana, a evolução era nitidamente favorável, conseguindo ela controlar suas compulsões, mas ainda invadida com frequência pelos pensamentos obsessivos e após a décima sessão de hipnose sugestiva (na quinta semana de tratamento) a paciente já detinha o controle dos maus e pensamentos, embora estes ainda ameaçassem surgir-lhe com alguma frequência.

Todavia, em virtude da considerável melhora há tanto esperada pela paciente e devido, também, às sugestões dadas a esta em estado de hipnose fizeram que ela, ao retomar uma semana depois para submeter-se à décima - primeira sessão (ou primeira sessão de reforço semanal), dissesse ao terapeuta: "sinto-me curada". É óbvio que não chegava a tanto, mas chegava a muito e talvez a tudo o que a paciente esperava.

Após três meses de tratamento, R.D.G.S. passou à condição de assintomática, permanecendo assim até hoje (vinte e seis meses de acompanhamento), ainda em tratamento ambulatorial, fazendo, há um mês, apenas 75mg de comprimidos como dose de manutenção.

11. Discussão e Conclusões

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, embora classificado tanto na CID-10¹⁰, quanto no DSM-IV¹¹ dentro dos chamados Transtornos Ansiosos, parece estar relacionado também aos Transtornos do Humor, sendo tal relação já reconhecida no passado e hoje mais evidente devido ao êxito no tratamento dessa enfermidade com antidepressores, como a clomipramina, a fluoxetina, etc.^{15,16}

Há de saber-se que sintomas obsessivos e/ou compulsivos podem estar presentes no dia-a-dia das pessoas, sem que se caracterize o TOC, tratando-se apenas de traços da personalidade ou de uma

personalidade obsessiva. Assim é que pessoas controladoras, metódicas, cautelosas, etc., podem ser bem sucedidas em determinadas profissões que se beneficiam com tal comportamento.¹⁵

A Hipnose é um tipo de Psicoterapia, na qual o paciente apresenta um estado alterado da consciência, com concentração focal e receptividade às sugestões do hipoterapeuta, que usa o hipnotismo (a técnica) para chegar à hipnose (o estado)¹⁷, onde o fenômeno transferência se faz presente na necessidade mágica do "poder" do terapeuta a exemplo da busca do heroísmo paterno (ou materno) idealizado.

Os pacientes desconfiados como os paranoides e aqueles que têm dificuldade de deixar de lado o controle como os obsessivos são, até o momento, considerados pessoas dificilmente sugestionáveis, portanto contraindicados à hipnoterapia-. Entretanto, este trabalho mostra que o doente obsessivo é tão (ou mais) sugestionável quanto à maioria dos pacientes e que o "controle" do obsessivo nada mais é do que uma defesa contra o seu total descontrole frente à força de seus maus pensamentos, sendo assim facilmente sugestionado (controlado), respondendo bem (ao contrário do que se pensava) ao tratamento por Hipnose.

A associação terapêutica de Hipnose Sugestiva com a clomipramina não visa aqui à disputa com a associação de psicoterapia comportamental tradicional com a clomipramina ou com ISRS, mas à abertura do leque de condutas terapêuticas nessa grave enfermidade, altamente incapacitante.

A Hipnose Sugestiva parece ser uma excelente opção de tratamento, uma vez que as sugestões dadas ao paciente em estado de transe hipnótico (ou estado de consciência alterada ou estado alfa de relaxamento) parecem penetrar passivamente no inconsciente – digo passivamente por tratar-se de uma sugestão dada pelo terapeuta e não um insight (este sim ativamente) alcançado pelo paciente - e neutralizar os conteúdos mágicos do pensamento e seus relativos atos simbólicos, diminuindo a necessidade da anulação defensiva do ego.

Psicologicamente observa-se que a figura paterna era vista por R.D.G.S. como má e repressora, simbolizada na palavra "satanás", repetidamente pronunciada pela paciente e "engolida" por ela numa tentativa de aceitar o pai e diminuir sua culpa em relação à maneira de como o via (anulação). Algumas vezes, precisava punir-se, contando os passos entre o muro e a porta de sua casa numa necessidade de repetir o castigo paterno quando no passado lhe exigia que não ultrapassasse os limites de sua residência (Anulação, Formação Reativa).¹²⁻¹⁴

A Compreensão psicológica no TOC faz crer que existe, sem qualquer sombra de dúvida, indicação de abordagem psicoterápica de orientação analítica, mas a prática psiquiátrica atual fala a favor de um tratamento inicial que traga resultados mais rápidos, como a farmacoterapia, a hipnose sugestiva ou a psicoterapia comportamental, nada impedindo, no entanto, que posteriormente a linha analítica possa ser usada. Usá-la de imediato, nos dias de hoje, passa a ser, na verdade, uma forma sádica (ou sadomasoquista se houver a aquiescência de um paciente bem informado), de tratamento, haja vista à demora desnecessária dos resultados terapêuticos esperados.

Temos acompanhado, ainda por curto período de tempo (menor que dois anos), outros casos de TOC, além de outros Transtornos Compulsivos como a Bulimia, a Dipsomania, a Tricotilomania, a Onicofagia, etc., mas que mostram, até agora, resultados semelhantes a estes aqui apresentados. Em todos, estamos usando a Hipnose Sugestiva, uns em associação à clomipramina e outros à fluoxetina. Oxalá, em breve, possamos organizar esses dados e apresentá-los em um novo trabalho.

Referências

1. Kaplan HI, Sadock BJ - *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas RS, 1990.
2. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manual de Psiquiatria*. 5ª edição, Editora Masson do Brasil.
3. Zohar J, Pato MT. Diagnostic considerations; in *Current treatments of obsessive compulsive disorder*, Pato M.T e Zohar J (eds.). First Edition, Washington: American psychiatric Press, 1991.
4. Bland RC, Newman SC e Orn H. Age of onset psychiatry disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1988; 77 (338):43-49.
5. Rapoport JL. *O menino que não conseguia parar de se lavar: experiência e tratamento do Distúrbio Obsessivo-Compulsivo*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

6. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in dsm-iii obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-322.
7. Yariura-Tobias JÁ. Distúrbio obsessivo-compulsivo: atualização. *J Bras de Psiquiatria* 1992; 41: 1(28S-30S).
8. Gentil V, Lotufo Neto F. Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo: Edusp, 1994.
9. Jenike MA. Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *J. Clin Psychiatr.* 1990; 51(suppl): 15-21.
10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition - Edição Reduzida, Laboratórios Pfizer, 1994.
12. Freud S. - Obras Completas – Vol II – Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
13. Steketee GS, Grayson JB, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder: differences between washers and checkers. *Behav Res Therapy* 1985; 2: 197-201.
14. Ajuriaguerra J.- Manual de Psiquiatria Infantil. Rio de Janeiro, Masson do Brasil, 1980.
15. Lydiard RB. - Distúrbio Obsessivo-Compulsivo. Novas perspectivas de diagnóstico e tratamento - *J. Bras. Psiquiatria* 1994; 43(2): 87S-92S.
16. Miguel EC. Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1996.
17. Widmar S. Hipnose e sua atualidade terapêutica. *Revista Inform. Psiquiatria* 1988; 7(4): 126-128.
18. Spiegel D, Detrick E, Fuschholz E. Hipnotizability and Psychopathology *Am J Psychology* 1982; 139: 431-437.
19. Pavlov IP. Los Reflejos Condicionados Aplicados a la Psicopatología y Psiquiatria – Montevideo: Ed. Pueblos Unidos, 1955.