

# A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento<sup>1,2</sup>

## The behavioral-analytic perspective handling the obsessive-compulsive behavior: ongoing strategies

Joana Singer Vermes<sup>3</sup>

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Denis Roberto Zamignani<sup>4</sup>

Centro Universitário Nove de Julho

Universidade de São Paulo

### Resumo

Os problemas relacionados ao diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo têm sido analisados por terapeutas comportamentais preferencialmente a partir dos conceitos de fuga e esquiva. As propostas de tratamento decorrentes deste tipo de análise envolvem basicamente procedimentos de exposição aos estímulos desencadeantes de ansiedade e/ou obsessões. Este trabalho parte da premissa de que os padrões de resposta envolvidos neste tipo de quadro abrangem outras contingências além da fuga-esquiva de estímulos ansiogênicos. São considerados, sob essa perspectiva, diversos eventos do ambiente que podem contribuir para a instalação e manutenção do problema, tais como o reforçamento social, esquiva de tarefas e condições de privação e estimulação aversiva. A partir da análise destas possíveis contingências, são apresentadas algumas propostas alternativas aos procedimentos usualmente preconizados para o manejo do comportamento obsessivo-compulsivo, envolvendo principalmente a alteração de contingências no ambiente natural e na relação terapêutica.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo, comportamento obsessivo-compulsivo, análise de contingências, terapia analítico-comportamental.

### Abstract

Some issues related to the obsessive-compulsive diagnosis have been analyzed by behavior therapists mainly through the avoidance/escapement concepts. Basically the treatment proposed involves exposition to unleashed stimuli of anxiety and/or obsessions. This work assumes that response patterns involved in this kind of problem comprehend other contingences besides the avoidance/escapement of anxiety stimuli. Under this perspective, several events from the environment that could support the installation and maintenance of the problem are pondered, including situations such as social reinforcement, task escapements, and privation and aversive stimulation conditions. From the analysis of these feasible contingences, some alternative proposals to the standard procedures applicable to the obsessive-compulsive behavior are presented, mainly embracing the alteration of contingences in the natural environment and in the therapeutic relationship.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive behavior, contingency analysis, behavioral-analytic therapy.

A terapia comportamental tem sido reconhecida pela efetividade no tratamento de problemas associados ao diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo<sup>5</sup> - TOC (Bouvard, 1995; March, 1995; March & Leonard, 1996; Greist, 1998; Goodman, 1999). Os bons resultados obtidos no tratamento de clientes a ela expostos têm conferido um crédito importante às técnicas comportamentais - principalmente àquela denominada 'exposição com prevenção de respostas' (EPR). Esse fenômeno não é recente; a técnica remonta à década de 60, quando Victor Meyer (1966) apresentou as primeiras propostas que visavam a habituação do indivíduo às situações ansiogênicas e ao subsequente bloqueio da resposta de esquiva. Desde então, pesquisadores ligados à terapia comportamental têm desenvolvido estudos que buscam avaliar, comparar e aprimorar elementos específicos da EPR para TOC, resultando em um conhecimento aprofundado acerca da aplicação e especificidades da técnica (para revisão de literatura, ver Vermes, 2000).

Na literatura especializada, entre os temas estudados, encontram-se discussões a respeito do *setting* terapêutico mais adequado, a participação de familiares durante o procedimento, comparações entre exposição gradual e inundação (*flooding*), prevenção de respostas total ou parcial,

automonitoração e exposição assistida, exposição em grupo e individual (Vermes, 2000). Esses conhecimentos têm oferecido aos terapeutas a possibilidade de utilização da técnica com bastante refinamento, proporcionando em muitos casos maior efetividade no tratamento.

Por outro lado, sem negar a importância desses dados, alguns estudos lembram do número de indivíduos que não se engajam ou desistem das atividades previstas pela técnica (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Whittal & McLean, 1999), principalmente devido ao seu caráter aversivo (Banaco, 2001). Outros trabalhos apontam a freqüente substituição dos rituais que eram foco da intervenção por outros com topografia diferente (Foa & Steketee, 1977). Também há, na literatura, indicações de recidiva dos comportamentos obsessivo-compulsivos e, ainda, o aparecimento de outros comportamentos considerados indesejáveis para o indivíduo após a aplicação da técnica (Foa, 1979). Esses dados alertam para a necessidade de se pesquisar estratégias terapêuticas mais eficazes, com menos subprodutos negativos, e que garantam uma maior generalização dos resultados.

Em geral, os autores que se preocupam em investigar as especificidades da técnica (e.g. Foa, 1979, Salkovskis & Kirk, 1997), atribuem

---

<sup>1</sup>Parte deste trabalho está relacionado à introdução do Projeto de Mestrado da primeira autora, sob orientação de Prof. Dr. Roberto A. Banaco, no Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da PUC-SP.

<sup>2</sup>Apresentação realizada na Mesa-Redonda: "Terapia Analítico-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos: Alternativas ao Atendimento Tradicional e Contribuições da Pesquisa", X Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campinas, setembro de 2001.

<sup>3</sup>Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Psicóloga colaboradora da ASTOC - Associação Brasileira de portadores de síndrome de tourette, tiques e transtorno obsessivo-compulsivo. Endereço para correspondência: [josinger@uol.com.br](mailto:josinger@uol.com.br)

<sup>4</sup>Docente no Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: [dzamig@terra.com.br](mailto:dzamig@terra.com.br)

<sup>5</sup> Em busca de maior consistência com a abordagem teórica, o termo 'transtorno obsessivo-compulsivo' (TOC) vem sendo evitado por analistas do comportamento, tais como Zamignani (2000, 2001) e Guedes (2001), devido à sua afinidade com modelos diagnósticos topográficos. Ao invés dessa denominação, vem sendo utilizado o termo 'comportamento obsessivo-compulsivo', pois se considera que este seja composto por respostas (abertas e encobertas) que interagem com eventos ambientais.

os casos de insucesso à aplicação inadequada - rápida demais, isenta de uma escala hierárquica de ansiedade detalhada, etc. - ou a variáveis próprias do cliente: falta de envolvimento nas atividades, comorbidade com depressões severas, entre outras.

Conquanto todas essas explicações pareçam plausíveis, elas merecem uma análise mais aprofundada e coerente com a perspectiva analítico-comportamental<sup>6</sup>.

Um dos aspectos que raramente é levantado como hipótese para explicar as eventuais falhas da EPR diz respeito à possível funcionalidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos. Tem sido dada pouca atenção às possíveis contingências de reforçamento e punição que podem estar operando sobre o comportamento, resultando em seu fortalecimento e manutenção (Zamignani, 2000).

O objetivo do presente artigo é descrever elementos que têm sido apontados na literatura comportamental como importantes para a compreensão e o manejo do comportamento obsessivo-compulsivo e apresentar estratégias terapêuticas de base analítico-comportamental que têm sido desenvolvidas a partir da análise destes elementos.

## **O comportamento obsessivo-compulsivo sob a ótica analítico-comportamental**

Tradicionalmente, o TOC é explicado da seguinte forma<sup>7</sup>: as obsessões são imagens, idéias ou pensamentos intrusivos e repetitivos que produzem ansiedade e desconforto para

o indivíduo. As compulsões, por sua vez, são respostas repetitivas e/ou estereotipadas emitidas para prevenir ou eliminar as obsessões e/ou a ansiedade. Deste ponto de vista, as compulsões ocorrem sob controle de reforçamento negativo, à medida que eliminam as obsessões e a ansiedade.

Embora considerem a validade da explicação proposta, alguns pesquisadores e terapeutas analistas do comportamento, preocupados com o entendimento e intervenção de casos diagnosticados como TOC, têm salientado que "*(...) diversas outras conseqüências além da eliminação da estimulação aversiva podem exercer controle operante e, portanto, atuar na seleção e manutenção da classe de respostas obsessivo-compulsiva*" (Zamignani, 2000, p. 259). Nesse sentido, as respostas obsessivo-compulsivas podem ocorrer sob controle de reforçamento positivo e negativo, em configurações de contingências bastante complexas. Por esta razão, a atribuição da eliminação das obsessões como explicação para as compulsões seria insuficiente.

A literatura especializada tem apontado algumas variáveis ambientais que parecem relacionar-se com a instalação e manutenção de comportamentos obsessivo-compulsivos. Primeiramente, é importante verificar se as contingências responsáveis pela instalação do problema são diferentes daquelas responsáveis pela sua manutenção, o que pode exigir análises de contingências distintas (Sturmey, 1996). Embora em seu trabalho o terapeuta só tenha a possibilidade de agir sobre parte das contingências mantenedoras do problema, o conhecimento da história pode informar sobre tentativas anteriores de sua solução e sobre padrões de comportamento do cliente e suas

<sup>6</sup>Existem diferentes correntes teóricas que são associadas ao termo 'terapia comportamental'. Na literatura, o termo 'terapia comportamental' tem sido associado principalmente ao movimento cognitivista. De forma a caracterizar a terapia baseada nos princípios da análise do comportamento, diferenciando-a das terapias cognitivas, alguns autores adotaram o termo terapia analítico-comportamental (e.g. Cavalcante, 1999) que será utilizado neste trabalho.

<sup>7</sup>Para uma definição diagnóstica mais completa do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, recomenda-se a utilização do DSM-IV (APA, 1995).

conseqüências reforçadoras ou aversivas.

Alguns autores apontam que reforçadores sociais importantes, tais como atenção, elogios, contato afetivo, poderiam controlar a emissão de respostas obsessivo-compulsivas (Banaco, 1997; Graña & Navarro, 2000; Queiroz, Motta, Madi, Sossai & Boren, 1981; Zamignani, 2000). Tais respostas podem, em algumas circunstâncias, proporcionar um desempenho desejável para a comunidade com a qual o cliente relaciona-se, ocasionando o reforçamento de sua emissão. Uma possível situação na qual isso aconteceria é quando uma criança é elogiada por seus pais devido a seu desempenho impecável nos cadernos escolares proporcionado pelo excesso de zelo. Outro exemplo (obtido a partir da prática de um dos autores) que ilustra essa relação é o caso de uma criança, cujo ritual de lavagem é criticado pela mãe, embora em alguns momentos ela relate admiração por determinado aspecto deste mesmo comportamento: "você tem que ver como ela é higiênica... ela chega a lavar a mão com detergente!" (sic). Vale ressaltar, nesse caso, que o padrão inconsistente apresentado pela mãe gera uma contingência de reforçamento intermitente, que, sabe-se, fortalece ainda mais o comportamento (Guedes, 1997, 2001).

A emissão de rituais pode, também, ser reforçada negativamente pela retirada de eventos aversivos, tais como a demanda por tarefas. Entretanto, a médio prazo, este padrão de respostas está sujeito a punição. Ocorre que, quando a comunidade deixa de exigir do cliente o cumprimento de suas responsabilidades em função de sua "doença", em geral considera também que este esteja incapacitado para outras atividades e pune quando a ação do cliente não corresponde a essa previsão. Sob controle destas contingências, são minimizadas as oportunidades de contato com eventuais reforçadores, tais como o contato social e o exercício de habilidades sociais importantes - o que pode agravar ainda mais o quadro

apresentado pelo cliente. Semelhantemente ao exemplo descrito anteriormente, ambas as conseqüências providas pela comunidade - ora a punição, ora a retirada de exigências - ocorrem de forma inconsistente, gerando um esquema de reforçamento intermitente.

O reforçamento (positivo ou negativo) que pode contribuir para a manutenção de respostas obsessivo-compulsivas pode não ser acessível à comunidade, já que nem sempre ele é contíguo à emissão da resposta - em algumas vezes ele é liberado após um intervalo de tempo ou após uma seqüência de eventos (em esquemas de intervalo ou razão - fixos ou variáveis). Essa não-contigüidade entre o responder e o reforço pode ser "vantajosa" para o indivíduo, em alguns casos. Estando ele submetido durante a maior parte do tempo a condições desconfortáveis, fica "legitimada" a condição de "doente" vivida pelo paciente, e a não regularidade do reforçamento obtido por meio deste padrão faz com que não pareça óbvia à comunidade a relação estabelecida, o que evita a punição social. Vale lembrar que esse tipo de análise não leva necessariamente à suposição de que o paciente planeje deliberadamente as "vantagens e desvantagens" que ele obterá de sua comunidade. Trata-se de um padrão instalado ao longo de uma história comportamental complexa e extensa e assim deve ser compreendido.

Um aspecto apresentado pela literatura e que merece ênfase na análise do comportamento de um indivíduo com queixa de TOC, é o possível déficit de algumas habilidades importantes (Banaco, 1997; Munford, Hand & Liberman, 1994; Zamignani, 2000). Os transtornos afetivos e ansiosos envolvem, em geral, dificuldades interpessoais e de repertórios não sociais, tais como habilidades na resolução de problemas, no manejo de situações de estresse e/ou de frustração. Esses déficits de habilidades são, muitas vezes, decorrentes da convivência com as dificuldades trazidas pelo comportamento obsessivo-compulsivo; em alguns casos,

entretanto, podemos observar que o déficit é um dos principais elementos envolvidos na gênese e manutenção do problema. É possível que a ausência dessas habilidades dificulte o acesso a determinados reforçadores e que as respostas obsessivo-compulsivas levem, a curto prazo, à obtenção destes reforçadores. Tal relação, entretanto é precária pois acarreta conseqüências prejudiciais a médio e longo prazo, tais como a perda de relacionamentos satisfatórios, a diminuição de oportunidades profissionais e a privação de reforçadores importantes, tendo como resultado o agravamento e a cronicidade do quadro.

As análises propostas acima indicam alguns elementos relevantes a serem investigados, embora não descartem a necessidade de investigação das contingências específicas em vigor para cada indivíduo, como exige a análise do comportamento (Sturmey, 1996). Tendo estas análises como referência, faz-se importante a inclusão de algumas práticas terapêuticas que tenham efeito sobre estas variáveis, além da aplicação da técnica de exposição com prevenção de respostas. As estratégias terapêuticas que serão apresentadas a seguir foram desenvolvidas ou adaptadas por profissionais que trabalham sob a orientação analítico-comportamental, na tentativa de aumentar a efetividade no manejo da queixa obsessivo-compulsiva.

### **Variações no uso da técnica de Exposição com Prevenção de Respostas (EPR)**

Primeiramente, é necessário enfatizar que a técnica de EPR é comprovadamente eficaz na remissão de respostas obsessivo-compulsivas (como podemos verificar em Hohagen, Winkelmann, Rassche-Ruchle, Hand, König, Munchau, Hiss, Geiber-Kabisch, Kappler, Rey, Schramm, Aldenhoff & Berger, 1998; Marks, 1987; Marks, Lelliot, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen & Kasvikis, 1988; O'Connor, Todorov, Robillard,

Borgeat & Brault, 1999; Schwartz, 1998). Entretanto, a natureza da técnica e algumas especificidades de sua aplicação levam ao questionamento sobre a generalização dos seus resultados.

A adesão ao tratamento é um dos aspectos envolvidos nesse questionamento. Cabe apontar que a EPR é uma técnica aversiva (Banaco, 2001; Hayes *et al*, 1996; Zamignani, 2000) à medida que expõe o indivíduo justamente àquelas situações das quais ele mais se esquiva. Essa característica foi discutida por Banaco (2001): "*As terapias de inspiração comportamental têm trazido como procedimentos para o enfrentamento da ansiedade várias técnicas, algumas delas trazendo em seu próprio bojo o efeito que pretendem eliminar*" (p.197). Frente a eventos de caráter aversivo, há uma alta probabilidade de ocorrência de respostas de evitação. Quando esta característica está presente na terapia, a adesão ao tratamento pode ser comprometida. A terapia deve constituir-se como um ambiente no qual os efeitos da estimulação aversiva são minimizados (Skinner, 1953) e, portanto, parece lógico afirmar que essas técnicas devam ser usadas com parcimônia (Banaco, 2001).

Além do mais, procedimentos de natureza aversiva costumam ser úteis para diminuir a freqüência das respostas indesejadas, entretanto são pouco produtivos quando o objetivo é ensinar algum tipo de repertório novo ou respostas alternativas àquelas que são relacionadas ao sofrimento do cliente. Um procedimento terapêutico que minimizasse a estimulação aversiva e potencializasse as possibilidades de contato com reforçadores naturais poderia ser mais eficaz.

A utilização de reforçadores naturais - aqueles dispostos pelo ambiente com o qual o indivíduo interage - apresenta como uma das vantagens o fato de o comportamento ficar sob controle direto de conseqüências que têm maior probabilidade de seguir a emissão da resposta no futuro (Ferster,

Culbertson & Boren, 1979). A noção de reforçamento natural é contraposta pelos autores à de reforçamento arbitrário (por exemplo: fornecer balas mediante o comportamento de fazer a lição de casa), que é uma conseqüência que não tem relação direta com a resposta que a antecedeu. Geralmente é o controlador (no caso, o terapeuta) quem detém os reforçadores arbitrários, diferentemente do que ocorre com os reforçadores naturais. Por esta razão, é baixa a probabilidade desse tipo de reforçador seguir a resposta em um contexto diferente daquele na qual a intervenção foi realizada, o que pode comprometer a generalização dos resultados obtidos com o procedimento. Ferster *et al* (1979) apontaram ainda que o contato do indivíduo com reforçadores naturais.

Com base nesse conceito, no caso da terapia envolvendo o problema obsessivo-compulsivo, uma alternativa ao terapeuta analítico-comportamental é aplicar a exposição em situações nas quais o cliente possa, além de enfrentar os eventos eliciadores de ansiedade, entrar em contato com reforçadores naturais importantes (Baumgarth, 1998), beneficiando-se não só da habituação, mas também da oportunidade de reforçamento. Por exemplo: um adolescente que goste de futebol e que apresente obsessões de contaminação, provavelmente seria mais motivado a se envolver em uma exposição usando bola em um campo de futebol - inevitavelmente sujo - do que a passar a mão na sola dos sapatos e não lavá-la depois (um comportamento sem nenhuma conseqüência prática ou reforçadora natural acessível a curto prazo), o que é sugerido em parte da literatura. Ainda, um cliente que apresente obsessões relacionadas a determinados números e que goste de jogos, como fliperama ou jogos de cartas, também se engajaria com mais facilidade em um trabalho de exposição que envolvesse essas atividades.

Uma outra forma interessante de utilizar a EPR é incluí-la, ainda que de forma pouco

sistemática, em atividades que envolvam a aprendizagem de novos repertórios, tais como treino de habilidades sociais. Um filme, uma conversa em um bar, um jogo de tabuleiro em grupo ou uma partida de vôlei podem proporcionar boas oportunidades de exposição, além de ser uma chance de experimentar novas respostas na interação com o ambiente.

Para que um trabalho envolvendo exposição desta forma seja desenvolvido, é necessário que o profissional realize junto ao cliente um levantamento abrangente de potenciais reforçadores, além da lista de eventos ansiógenos. Essas informações poderiam ser coletadas preferencialmente via observação direta ou, caso não seja possível, por meio de relato verbal. Com esses dados, pode-se delinear algumas das atividades terapêuticas a serem desenvolvidas.

### **A instalação de novos repertórios sociais e o fortalecimento do repertório já existente**

Uma das tarefas do terapeuta Analista do Comportamento é a investigação do repertório de base apresentado por aquele sujeito e de habilidades pouco desenvolvidas ou inexistentes. Como foi dito anteriormente, parte do problema apresentado pelo cliente pode envolver a falta de algumas habilidades sociais importantes, o que impediria o acesso a reforçadores (Banaco, 1997; Zamignani, 2000).

Há várias estratégias possíveis para o desenvolvimento de repertório social: (a) Um programa padronizado (e.g. Falcone, 1998); (b) a modelagem a partir da própria interação terapêutica (e.g. Kohlberg e Tsai, 2001); (c) o incentivo à interação do cliente com outras pessoas, por meio de regras e/ou conselhos providos pelo terapeuta ao longo da sessão de gabinete (e.g. Banaco, 1997) e/ou ainda (d) a modelagem em ambiente natural com a participação direta do terapeuta ou

de um acompanhante terapêutico como mediadores da interação do cliente com seu ambiente (e. g. Baumgarth et. Al, 1999). Banaco(1997) relatou um caso clínico no qual a análise de potenciais reforçadores sociais e, a proposta de atividades que aumentariam a probabilidade de contato com estes, proporcionaram o desenvolvimento de novas relações interpessoais, que, por sua vez, diminuíram a probabilidade de comportamentos obsessivo-compulsivos.

Uma outra forma de proporcionar a modelagem e o fortalecimento de habilidades sociais é a terapia em grupo. Neste tipo de proposta terapêutica, o cliente pode beneficiar-se da experiência de interagir com pessoas que apresentam dificuldades semelhantes às suas, além de experimentar novas respostas sociais no relacionamento com o grupo. Isto favorece a modelagem de novos repertórios em uma situação mais próxima da natural e ao mesmo tempo mais protegida (VanNoppen, Pato, Marsland & Rasmussen, 1998).

### **O atendimento em consultório combinado com o atendimento em ambiente natural**

Por meio do atendimento em consultório é possível obter dados importantes da história de vida do cliente, identificando algumas das possíveis variáveis responsáveis pelo surgimento e manutenção do seu comportamento. É possível, também, buscar junto ao cliente alternativas de respostas de modo a alterar sua relação com o ambiente - o que inclui o desenvolvimento de repertório social e a disposição de estímulos sociais (potencialmente reforçadores) em momentos que possivelmente seriam reforçados pela comunidade verbal em geral. Entretanto, o consultório apresenta algumas limitações: o ambiente físico é estável e previsível; as pessoas envolvidas na relação são sempre as mesmas - terapeuta e cliente. Em outras palavras: é um ambiente com menor

possibilidade de estimulação do que "a vida lá fora". Conforme apontou Skinner (1989/1991):

*Lares, escolas, locais de trabalho, hospitais e prisões são ambientes nos quais as pessoas passam longos períodos de tempo. A terapia face a face, na clínica, é diferente. Apenas uma pequena parte da vida do cliente se passa na presença do terapeuta. Apenas alguns poucos reforçadores podem ser usados, e na maioria das vezes para reforçar o comportamento social, principalmente verbal (p. 110).*

Guedes (1993) lembrou que as contingências que levaram o indivíduo a se comportar de determinada forma não provêm do consultório e sim das situações naturais (família, escola, trabalho etc.). Como o objetivo da terapia comportamental é alterar a relação do indivíduo com seu ambiente, o atendimento em consultório nem sempre é suficiente para este objetivo. É necessário, às vezes, expor o cliente a situações complexas, que envolvam maior estimulação e possibilidade de contato com conseqüências mais próximas das naturais.

O trabalho em ambiente natural facilita que o profissional observe diretamente as possíveis contingências que mantêm os comportamentos-problema do cliente e disponha conseqüências imediatas ao seu responder (Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani, 1999). As combinações entre os tipos de atendimento podem ser diversas, dependendo da necessidade - em alguns casos, a combinação de atendimento em consultório e em ambiente natural pode ser bastante eficaz, em outros, as sessões podem ser desenvolvidas com sucesso dentro do consultório ou ainda o trabalho pode requerer atendimento primordialmente externo.

Dadas as dificuldades previstas pelo ambiente natural, muitas vezes é necessário o envolvimento de dois ou mais profissionais no trabalho. Além disso, em algumas

situações, pode ser bastante útil que o cliente esteja diante de diferentes modelos de interação, tendo em vista que a variabilidade no comportamento social é um aspecto importante do repertório a ser desenvolvido (Baumgarth *et al*, 1999). Levando-se em consideração algumas questões práticas e financeiras, pode ser importante o emprego de um estudante de Psicologia ou Medicina como Acompanhante Terapêutico (AT). Em um trabalho conjunto com o psicólogo e/ou o psiquiatra, o AT pode inserir-se no ambiente natural do cliente, possibilitando a intervenção direta sobre as situações sociais e, ainda, a coleta de informações úteis para a equipe de trabalho, permitindo uma intervenção de qualidade a um custo menor (Zamignani e Wielenska, 1999).

### **A relação terapêutica com o cliente obsessivo-compulsivo**

Há uma vasta literatura indicando que a qualidade da relação terapêutica é um dos importantes preditores de sucesso da terapia (para revisão de literatura, ver Meyer & Vermes, 2001).

A compreensão da importância da relação terapêutica pode ser entendida à luz do que Skinner, em 1953, designou "audiência não punitiva". De acordo com o autor, o governo, a religião, a educação e o controle econômico são agências que oferecem, freqüentemente, estimulação aversiva aos membros da sociedade. Como respostas a esses tipos de controle surgem, muitas vezes, reações emocionais de revolta, resistência, medo, ansiedade, raiva e depressão, que aumentam a probabilidade de emissão de comportamentos de fuga e esquiva, podendo levar, eventualmente, à busca pela terapia. Decorre que, se contingências aversivas levaram o indivíduo à terapia - e, portanto, a supressão dos efeitos de estimulação

aversiva faz-se necessária - o terapeuta deve buscar estabelecer-se como uma audiência não-punitiva, evitando a apresentação de procedimentos que utilizem estimulação aversiva. Ao estabelecer-se como uma audiência não punitiva, o terapeuta torna-se um reforçador condicionado, podendo, dessa forma, oferecer conseqüências reforçadoras a respostas emitidas pelo cliente durante a sessão para a modelagem de repertório, além de dar condições para uma maior adesão aos procedimentos propostos.

Além da audiência não-punitiva, determinados comportamentos do terapeuta são apresentados pela literatura como importantes para a construção de uma boa relação terapêutica, tais como a empatia, a demonstração de afeição, a utilização de verbalizações que denotem entendimento, entre outros (Cordioli, 1998; Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994; Miranda & Miranda, 1993; Silove, Parker & Manicavasagar, 1990; Vinck, Verhaeren & Pierloot, 1998).

A terapia analítica funcional (FAP)<sup>8</sup> desenvolvida por Kohlenberg & Tsai (2001), tem como proposta que a própria relação terapêutica seja um instrumento para que as mudanças comportamentais ocorram. De acordo com essa perspectiva, o terapeuta - como um agente da comunidade, inserido em um contexto específico de consultório e estabelecendo-se como um reforçador condicionado - poderia servir como estímulo (discriminativo e reforçador) para a emissão de respostas clinicamente relevantes (relacionadas à problemática apresentada pelo do cliente). Conforme Kohlenberg & Tsai (2001), o terapeuta deve criar condições para evocar a ocorrência da resposta dentro da sessão terapêutica e, à medida que tais respostas ocorrem, deve oferecer conseqüências contingentemente à sua emissão, de modo a selecionar respostas desejadas e a diminuir a freqüência de

<sup>8</sup>A sigla refere-se ao nome original da terapia: Functional Analytic Psychotherapy

O foco sobre a relação terapêutica leva também à consideração de casos nos quais a demanda por terapia não partiu do cliente, mas sim de familiares ou da instituição educacional. Essa condição exige uma atenção redobrada ao estabelecimento de um bom vínculo terapêutico que envolva instilação de confiança e esperança no sucesso do procedimento.

A literatura especializada apresenta algumas peculiaridades relacionadas ao atendimento de clientes com queixa obsessivo-compulsiva que devem ser consideradas para o sucesso da intervenção. Entre elas, destaca-se a necessidade do terapeuta expor claramente todos os passos de seu trabalho, de forma a estabelecer uma relação de confiança com o cliente (Cottraux, 1994). Deve-se levar em conta a necessidade de que nenhuma etapa da técnica de EPR seja aplicada sem a informação prévia ao cliente. Ainda, a exposição clara dos propósitos da terapia e de suas implicações aumenta as chances de engajamento do cliente no trabalho.

É também bastante freqüente entre os clientes que apresentam uma queixa obsessivo-compulsiva o relato de histórias de rejeição e abandono, explicadas, pelo menos em parte, por um déficit de habilidades sociais. A partir de uma interação terapêutica reforçadora, o profissional pode fornecer modelos de relacionamento social, minimizar os efeitos supressivos relativos ao contato social (Baptistussi, 2001) e modelar um novo repertório, que poderá ser mais efetivo do que aquele até então apresentado.

Além disso, Cottraux (1994) lembrou que o terapeuta, ao atender um indivíduo com o problema obsessivo-compulsivo, deve estar preparado para os comportamentos repetitivos do cliente – tais como perguntas insistentes originadas por dúvidas obsessivas. É importante que o terapeuta possa manter a firmeza, no sentido de não reforçar esse tipo de comportamento, e ao mesmo tempo evitar o estabelecimento de

contingências punitivas, que agravariam o estado de ansiedade do cliente. O mesmo autor lembrou que o procedimento de extinção pode provocar agressividade, sendo necessário que o terapeuta acolha a reação agressiva e explique que ela é característica deste processo. Catania (1999), na mesma direção, apontou para o risco de alguns efeitos colaterais à utilização de um procedimento de extinção, tais como a agressividade e o aumento da variabilidade do responder. Uma alternativa a este problema, segundo este último autor, seria a liberação de reforçadores sociais independentemente da emissão dos comportamentos-problema. Entretanto, o uso desta alternativa poderia levar a uma demora na produção dos resultados desejados. Catania (1999), então, sugere uma alternativa que evitaria os efeitos indesejados da extinção e, por outro lado, aceleraria o processo de aprendizagem de respostas alternativas – o DRO (reforçamento diferencial de outros comportamentos), tal como apresentado por Ferster et. al., em 1979. Neste tipo de procedimento, ao invés de apresentar extinção pura e simples para as respostas indesejadas, o ouvinte reforça diferencialmente qualquer resposta alternativa àquela que deve diminuir de freqüência.

### **Extensão da análise e intervenção aos familiares e outras pessoas envolvidas com o cliente**

Uma outra questão que merece destaque na análise deste tipo de caso diz respeito às contingências familiares. Os familiares são, na maioria dos casos, os mais afetados pelos comportamentos do cliente e aqueles com os quais o indivíduo mais interage no seu dia-dia. Devido à história de interação familiar, as conseqüências providas por esse ambiente têm um valor reforçador (e punidor) bastante significativo, o que torna o comportamento dos familiares um importante elemento a ser considerado na modelagem e manutenção

dos comportamentos. Parece, portanto, fundamental uma análise minuciosa do papel da família sobre os comportamentos relacionados ao TOC (Banaco, 1997; Guedes, 1997, 2001).

De acordo com Guedes (1997, 2001), contingências diversas fazem com que a família ora reforce, ora puna esses comportamentos. Aos poucos, instalam-se padrões de interação nos quais os rituais são estabelecidos como elementos necessários para a obtenção de reforçadores, sejam eles positivos ou negativos.

É comum que os familiares apresentem queixas sobre as inúmeras dificuldades enfrentadas na lida com o cliente. Os membros da família relatam com frequência que diminuíram sensivelmente a vida social, o engajamento no trabalho, o sono e a qualidade de vida por causa da convivência com os problemas decorrentes dos comportamentos obsessivo-compulsivos de um dos familiares. Por outro lado, a função exercida pelo comportamento do cliente nas relações familiares pode ser a de manter algumas condições cujas mudanças acarretariam grande sofrimento para a família. Em alguns casos, por exemplo, a atenção excessiva dispensada pela família ao seu membro "doente" pode ter a função de esquiva de um problema conjugal.

Além disso, em muitas relações familiares, nos deparamos com um ambiente repleto de estimulação aversiva, o que pode favorecer a origem e manutenção deste tipo de comportamento. Vale lembrar alguns trabalhos que apontam como resposta emocional típica frente à apresentação de estimulação aversiva ou apenas à sinalização desta, a interrupção do comportamento em curso e respostas características de ansiedade, caracterizando uma contingência de supressão condicionada (Sidman, 1995; Skinner, 1989/1991). Ainda, nessas condições, os comportamentos obsessivo-compulsivos

podem ocorrer como contracontrole frente ao ambiente aversivo - a emissão deste tipo de resposta pode ser reforçada, ora negativamente, com a retirada, adiamento ou diminuição da estimulação aversiva por parte da família, ora positivamente, quando os familiares dispensam maior atenção ou outros reforçadores generalizados contingentemente à emissão de rituais.

Ademais, relações familiares cuja comunicação é frequentemente inconsistente ou ambígua - nas quais a mesma resposta pode estar sujeita a diferentes conseqüências, mesmo quando emitida em situações muito semelhantes - estabelecem uma condição de incontrolabilidade, gerando mais respostas características de ansiedade e depressão (Seligman, 1977).

Por último, um fator que merece maior investigação é a possibilidade de que, em alguns casos, parte dos rituais tenham sido instalados via modelação. Esta hipótese levaria à necessidade de uma maior atenção à existência de comportamentos obsessivo-compulsivos entre os membros da família.

Todas estas questões remetem à necessidade de inclusão da família no tratamento, para orientação familiar ou, caso o envolvimento da família com o problema seja mais complexo, a terapia familiar. Nesse sentido, alguns dos elementos que poderiam ser incluídos são:

- 1) Orientação familiar sobre a caracterização, etiologia e possíveis variáveis ambientais relacionadas aos problemas do cliente e sobre princípios básicos do comportamento - por exemplo, os efeitos do reforçamento intermitente sobre as respostas obsessivo-compulsivas, a curva de extinção que provavelmente se apresentará quando os familiares interromperem a colaboração aos rituais, que inclui o possível aumento da agressividade e da frequência e intensidade dos rituais nos momentos iniciais do processo, etc.

2) Atribuição aos familiares da tarefa de coletar dados e colaborar no tratamento. Em alguns casos, pode ser útil que o terapeuta delegue aos familiares o registro de comportamentos do cliente relevantes para o tratamento.

3) Estabelecimento de novas condições ambientais que previnam as respostas obsessivo-compulsivas e que, por outro lado, promovam respostas alternativas àquelas que vigoram até o momento. Pode ser importante que o terapeuta sugira aos familiares a utilização de DRO (reforço diferencial de outros comportamentos), de forma que a condição aversiva desencadeada pela não colaboração dos mesmos nos rituais - que acarretaria um certo sofrimento em um primeiro momento - seja amenizada pelo reforçamento de respostas incompatíveis. Essa estratégia permite que a família e o terapeuta sejam vistos pelo cliente como aliados a seu favor, mesmo quando suas atitudes implicam na retirada de alguns reforçadores.

4) Alteração do padrão de relacionamento familiar, de forma a (a) diminuir a ambigüidade nas interações; (b) desenvolver uma melhor qualidade de comunicação; (c) identificar e alterar padrões de interação que possam ser prejudiciais; (d) proporcionar condições para que os membros da família possam identificar, prever e controlar condições responsáveis pela manutenção do quadro obsessivo-compulsivo; (e) desenvolver um repertório de resolução de problemas; (f) construir relações mais reforçadoras; (g) como resultado de todos estes elementos, proporcionar maior controlabilidade nas relações.

## Conclusão

Cavalcante (1997), ao analisar a depressão sob o ponto de vista behaviorista radical lembrou que um transtorno psiquiátrico deve ser compreendido a partir de padrões de interação do organismo com o ambiente e, ainda, de probabilidades de ação. O mesmo raciocínio deve ser aplicado a qualquer padrão comportamental, incluindo aqueles que envolvem respostas obsessivo-compulsivas.

Essas considerações remetem à necessidade de o terapeuta analisar e intervir sobre todos os aspectos da vida do indivíduo, tendo como meta não apenas a diminuição da frequência e intensidade de respostas obsessivo-compulsivas e de outras respostas pertencentes à mesma classe. A análise e alteração de padrões comportamentais que provavelmente vêm trazendo sofrimento ao cliente e às pessoas relacionadas a ele é primordial para uma maior extensão dos resultados alcançados com a terapia e para uma real melhora na qualidade de vida.

As estratégias aqui apresentadas pretendem servir de ponto de partida para novas reflexões e pesquisas a respeito do tratamento de problemas relacionados ao comportamento obsessivo-compulsivo. Há muito que percorrer em termos de pesquisa e aplicação para se alcançar métodos eficazes e comprovados de intervenção e acreditamos que o corpo de conhecimento da análise do comportamento pode contribuir substancialmente neste sentido.

## Referências

- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. Em: D. R. Zamignani (org.), *Sobre comportamento e cognição: a aplicação de análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: Arbytes, pp. 80-88.
- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. Em: M. L. Marinho e V. E. Caballo (orgs.), *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina: Atualidade Acadêmica, pp. 197-212.
- Baptistussi, M.C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de mestrado, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Baumgarth, G. (1998). Reflexões sobre o atendimento de clientes com TOC, por um recém-formado. Material não publicado desenvolvido para alunos de graduação do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Baumgarth, G. C. C.; Guerrelhas, F. F.; Kovac, R.; Mazer, M. & Zamignani, D. R. (1999). A intervenção em equipe de terapeutas no ambiente natural do cliente e a interação com outros profissionais. Em: R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (orgs.), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André: SET, pp. 166-173.
- Bouvard, M. (1995). Le Trouble Obsessionnel-Compulsif Chez l'Enfant et l'Adolescent: Aspects Développementaux et Stratégies Thérapeutiques. *L'Encéphale*, XXI (1); 51-57.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (trad: Deisy das Graças de Souza, et. al.). Porto Alegre: Artmed. Publicado originalmente em 1998.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17 (2), 2-12.
- Cavalcante, S. N. (1999). *Análise funcional na terapia comportamental: uma discussão das recomendações do behaviorismo contextualista*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pará. Belém - PA.
- Cordioli, A. V. (1998). Como atuam as psicoterapias. Em: A. V. Cordioli (org), *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 35-45.
- Cottraux, J. (1994). Therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy with obsessive-compulsive patients. In: L. Sibilla & S. Borgo (orgs.), *The patient-therapist relationship: its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Rische, pp. 67-73.
- Dougher, M. J. (1999). *Clinical Behavior Analysis*. Reno, Nevada: Context Press.
- Falcone, E. O. (1998). *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo - SP.
- Ferster, C. B.; Culbertson, S. & Boren, C. P. (1979). *Princípios do comportamento*. (trad: Maria Ignez Rocha e Silva, Maria Alice de Campos Rodrigues e Maria Benedita Lima Pardo). São Paulo: Hucitec.

A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo

- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research & Therapy*, 17, 169-176.
- Foa, E. B. & Steketee, G. (1977). Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: symptom substitution or deconditioning? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 353-358.
- Graña, L. & Navarro, D. N. (2000). Modelo psicopatológico y tratamiento de un caso con trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicologia Conductual*, 8 (1), 117-146.
- Greist, J. H. (1998). The comparative effectiveness of treatments for obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clinical*, 62 (4): A65-81.
- Goodman, W. K. (1999). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 27-32.
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos em terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85.
- Guedes, M.L. (1997). *Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo - SP.
- Guedes, M.L. (2001). O tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo e o papel da família. Em: A. Torres; R. G. Shavitt e E. C. Miguel (orgs.), *Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares*. Porto Alegre: Artmed, pp. 73-79.
- Hayes, S. C.; Wilson, K. G.; Gifford, E. V.; Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Hohagen, F.; Winkelmann, G.; Rasse-Ruchle, H.; Hand, I.; König, A.; Munchau, N.; Hiss, H.; Geiber-Kabisch, C.; Kappler, C.; Schramm, P.; Rey, E.; Aldenhoff, J. & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry*, 35, 71-78.
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165 (6), 781-786.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas* (tradução organizada por Rachel Rodrigues Kerbauy). Santo André: ESETEC.
- March, J. S. (1995). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: A Review and Recommendations for Treatment. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*; 34 (1): 7-18.
- March, J. S.; Leonard, H. L. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of Academic Children and Adolescent Psychiatry*, 35(10): 1265-1273.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford.
- Marks, I.M.; Lelliot, P.T.; Basoglu, M.; Noshirvani, H.; Monteiro, W.; Cohen, D. & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure in obsessive-compulsive ritualizers. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.

- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em: B. Rangé (org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, pp. 101-110.
- Meyer, V. (1966) Modification of expectation in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Miranda, C. F. & Miranda, M. L. (1993). *Construindo a Relação de Ajuda*. Belo Horizonte: Crescer.
- Munford, P. R.; Hand, I. & Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatment for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 57, 142-152.
- O'Connor, K.; Todorov, C.; Robillard, S.; Borgeat, F.; Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71.
- Queiroz, L.O. D. S.; Motta, M. A.; Madi, M. B. P.; Sossai, D. L. & Boren, J. J. (1981). A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related therapeutic procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 377-388.
- Salkovskis, P. & Kirk, J. (1997). Distúrbios obsessivos. Em: K. Hawton & Cols. (orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. (Tradução de Alvamar Lamparelli). São Paulo: Martins Fontes, pp. 186-239. Publicado originalmente em 1989.
- Schwartz, J. M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behaviour. *British Journal Psychiatry*, 35, 38-44.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. (Tradução de Maria Teresa de Araújo e Silva). São Paulo: HUCITEC e Editora da Universidade de São Paulo. Publicado originalmente em 1975.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. (Trads: Maria Amália Andery e Tereza Maria Sério). Campinas: Psy II. Publicado originalmente em 1989.
- Silove, D., Parker, G., & Manicavasagar, V. (1990). Perceptions of general and specific therapist behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (5), 292-299.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*, New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental* (Tradução de Anita Liberalesso Neri). Campinas: Papirus. Publicado originalmente em 1989.
- Sturmey, P. (1996). *Functional Analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Van Noppen, B. L.; Pato, M. T.; Marsland, R.; Rasmussen, S. A. (1998). A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 7(4), 272-80.
- Vermes, J. S. (2000). *Análise do comportamento e práticas terapêuticas para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): avaliação de uma amostra da literatura*. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Vinck, J., Verhaeren, G., & Pierloot, R. (1998). Dogmatic patients in behavioural and psychoanalytic psychotherapy. In: S. Borgo & L. Sibilía (orgs.), *The patient-therapist relationship: Its many dimensions*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, pp. 13-24.

A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo

Whittal, M. & McLean, P. D. (1999). CBT for OCD: The rationale, protocol and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 383-396.

Zamignani, D. R. (2000). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo-compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. Em: R. C. Wielenska (org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, Santo André: SET, pp. 256-266.

Zamignani, D. R. & Wielenska, R. C. (1999). Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. Em: R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (orgs.), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação*, Santo André: Arbytes,

Recebido em: 23/10/02

Primeira decisão editorial em: 11/11/02

Versão final em: 22/11/02

Aceito em: 25/11/02