

Relato de um caso de Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil à luz da Análise do Comportamento

Case Report of a child with Obsessive Compulsive Disorder in the
Behavior Analysis perspective

Carolina Coury Silveira ✉

Mestranda em Psicologia: Comportamento e Cognição
pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar/São Carlos

Joana Singer Vermes ✉✉

Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, coautora, professora e supervisora do Curso de Especialização em Clínica Analítico-Comportamental e professora e coordenadora do Curso de Introdução à Terapia Analítico-Comportamental Infantil e do Curso de Extensão em Acompanhamento Terapêutico pelo Núcleo Paradigma de Análise do Comportamento

RESUMO

A análise funcional é a principal ferramenta que auxilia o terapeuta analítico-comportamental nas decisões de intervenções mais adequadas durante o processo terapêutico. O presente artigo teve como objetivo principal relatar as principais análises funcionais realizadas por uma terapeuta no decorrer de um atendimento em terapia analítico-comportamental infantil (TACI). Este caso retrata um processo diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) de uma criança de cinco anos de idade, II e foi interpretado com ênfase mais em critérios funcionais do que topográficos e foi interpretado com ênfase em critérios funcionais mais do que nos topográficos. Os comportamentos-alvo selecionados (todos sendo parte do espectro obsessivo-compulsivo), analisados funcionalmente, e com intervenções bem descritas, propunham diminuir a apresentação destes, entretanto sem a pretensão de suprimi-los completamente. Este estudo de caso permitiu verificar melhora significativa nos comportamentos-problema apresentados inicialmente pela cliente, e assim constatar a efetividade das análises realizadas e da escolha das intervenções.

Palavras-chave: relato de caso; terapia analítico-comportamental infantil; TOC.

✉ carol_coury@hotmail.com

✉✉ joana@nucleoparadigma.com.br

ABSTRACT.

Functional analysis is the main tool that assists the behavior analytic therapist in the decisions for more appropriate interventions during the therapeutic process. This article aimed to report the main functional analyzes performed by a therapist during a treatment in child behavior analytic therapy (CBAT). This case was interpreted with more emphasis on functional criteria instead of topographic criteria, and reports a diagnostic process of obsessive-compulsive disorder (OCD) in a five years old child. The target behaviors selected (all being part of the obsessive-compulsive spectrum disorder), functionally analyzed and with good described interventions proposed, decrease their presentation, however, without the pretension to suppress them completely. This case study has shown significant improvement in problem behaviors initially presented by the client, and enabled to verify the effectiveness of the behavior analysis and the chosen interventions.

Keywords: case report; child behavior analytic therapy; OCD.

Alguns trabalhos levantados acerca da literatura sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na Análise do Comportamento têm ressaltado a relevância da utilização da análise funcional como principal ferramenta no processo terapêutico, em contraposição ao uso de intervenções populares sem uma análise individual das funções do comportamento de cada cliente (Zamignani, 2000; Wielenska, 2001; Guilhardi, 2002; Zamignani & Andery, 2005 e Copque & Guilhardi, 2009).

É comum observar terapeutas relatarem estudos de casos psiquiátricos embasados na nomenclatura e nos respectivos critérios diagnósticos do DSM-IV. Esses critérios são úteis para identificar conjuntos de topografias de comportamentos considerados típicos em cada transtorno. Entretanto, este modo de identificar o problema torna-se insuficiente para o analista do comportamento que procura variáveis instaladoras e mantenedoras dos comportamentos-problema do cliente (Zamignani & Andery, 2005).

Vermes e Zamignani (2002) fornecem uma definição do Transtorno Obsessivo Compulsivo a partir de uma interpretação comportamental: “(...) as obsessões são imagens, ideias 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” (p. 137). No caso deste transtorno, os comportamentos característicos são amplamente interpretados com função de esquiva, sendo comum uma tendência a utilizar o procedimento de Exposição com Prevenção de Respostas – EPR. Este procedimento consiste na exposição gradual aos estímulos ansiogênicos como principal estratégia de intervenção, amplamente utilizado pelos terapeutas comportamentais. Zamignani (2000) atribui esta tendência pela escolha generalizada do procedimento, sem uma análise funcional ante-

rior, como um dos principais problemas para explicar falhas da aplicação do EPR. Isto é, os resultados negativos ou malsucedidos da aplicação deste procedimento, provavelmente estão relacionados com uma falta de identificação da funcionalidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos alvos da mesma.

Alguns autores vêm alertando para este problema, indicando que pouca atenção vem sendo dada às contingências de reforçamento que estão operando sobre os comportamentos obsessivo-compulsivos. Esta prática acaba acarretando aplicações do procedimento de EPR de maneira indiscriminada, sem critérios claros para sua escolha e, conseqüentemente, ocasionando insucesso na supressão dos comportamentos-problema (Foa, 1979; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996 e Whittal & McLean, 1999).

Essa maneira generalista de análise pode acarretar intervenções mal sucedidas, sendo que os comportamentos podem ter sido instalados com função de esquiva, e estarem sendo mantidos por reforçamento positivo, por exemplo, afetando a efetividade da intervenção proposta. Assim, torna-se importante cautela na utilização de técnicas e procedimentos padronizados, devendo estes sempre serem precedidos de uma análise individual e idiossincrática do responder de cada cliente atendido (Zamignani & Andery, 2005).

Este artigo propõe apresentar o processo de análise funcional de um caso em processo diagnóstico para transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em uma criança de cinco anos de idade, bem como as intervenções propostas. Visa primordialmente auxiliar outros profissionais da área a refletirem acerca da utilização da análise de contingências como ferramenta crucial para buscar compreender as possíveis funções dos comportamentos-queixa de seus clientes.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Cliente do sexo feminino, cinco anos de idade, possui uma irmã de doze anos, mora com os pais e a irmã. Estuda em escola particular e está alfabetizada. Caracteriza-se principalmente por ser uma criança muito calada e observadora. Os pais relataram na primeira sessão preocupação em relação a alguns comportamentos “estranhos” que a filha vinha emitindo. Disseram que ficava muito nervosa por qualquer motivo, ficava muito calada quando saíam de casa, que “se julgava muito” (*sic*), dizia sempre que era culpada, pedia muitas desculpas, ficava dando justificativas por qualquer resposta que emitia e estava sempre preocupada com o que os outros iriam pensar dela. Relataram também que ela apresentava autocrítica muito alta, exigia muita perfeição dela mesma, não admitia quando errava em atividades ou brincadeiras, ficava irritada (e.g., apagava as atividades escolares e costumava refazer repetidas vezes).

Os comportamentos “estranhos” da filha relatados pelos pais tinham um padrão comum referente a situações nas quais a cliente precisava justificar suas ações e solicitar alguma confirmação de outra pessoa. Um exemplo aconteceu numa farmácia, na qual a cliente chamou uma moça desconhecida e disse a ela “quando eu faço assim com o dedo, eu não estou mostrando o dedo para você, é só porque minha mão está seca” (*sic*), e perguntou repetidas vezes se a moça estava brava. Os pais relataram que ela ficava extremamente preocupada com tudo. Outro exemplo é que a cliente demonstrava muita preocupação de os pais esquecerem na escola, e perguntava muitas vezes no dia “e se você esquecer de me buscar?” (*sic*) ou “promete que não vai se atrasar?” (*sic*). Os pais relataram que repetiam todas as vezes que isso não iria acontecer, e que caso acontecesse a professora estaria

com ela e ligaria para sua casa. Apesar de todas as explicações que tentaram dar a filha, ela continuava perguntando.

A terapeuta observou que a cliente também apresentava um padrão de comportamentos obsessivo-compulsivos relacionados a “segredos”: falava baixo com medo de as secretárias ouvirem, falava no ouvido da terapeuta quando achava que era assunto “impróprio de criança” (como brincar de namorado), ou ficava questionando insistentemente a terapeuta se ela não iria contar para ninguém o que ela lhe contava na sessão. Além disso, foi observado que a cliente não estabeleceu vínculo com a terapeuta no início do processo, sempre chorava no início da sessão, dizia que estava com saudade da mãe, passava a primeira parte da sessão com uma expressão facial triste e na maior parte do tempo permanecia calada. A terapeuta observou que a cliente só se dirigia a ela espontaneamente emitindo respostas relacionadas à preocupação (como por exemplo: “você tá brava comigo?” [sic]). Foi observado ainda que a cliente sempre exigia que as brincadeiras fossem do jeito dela, impunha seu jeito de brincar de maneira agressiva (como por exemplo: “sou eu que vou ficar com essa boneca, vai logo pega a outra” [sic]).

Inicialmente, a terapeuta levantou a hipótese de ser um caso de TOC infantil, e continuou com esta hipótese até as últimas sessões. Foi observado, testado por algumas intervenções, e constatado que a cliente apresentava obsessões relacionadas a medo de perda principalmente do amor da família e de pessoas queridas. Apresentava rituais (compulsões) que visavam sempre verificar se ela tinha desagradado as pessoas, e de maneira mais exagerada com as pessoas mais próximas no seu convívio. Em conjunto, a terapeuta com os pais decidiram não procurar psiquiatra para

um diagnóstico formal antes das intervenções terapêuticas, e optaram por procedimentos que visavam à alteração de variáveis ambientais, antes de recorrer ao uso de medicação.

Em sessões de entrevista e orientação com os pais, a mãe relatou acreditar que teve “culpa” (sic) no desenvolvimento desse quadro da filha. Contou que quando a filha a desobedecia, ela dizia que contaria para a professora favorita da filha o que ela estava fazendo de errado, e que isso provocava reações fortes de irritação e medo na cliente. Contou que nessas situações a filha interrompia rapidamente o que estava fazendo, implorava para a mãe não contar nada e pedia muitas desculpas.

DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS COMPORTAMENTOS-ALVO DA INTERVENÇÃO.

Os comportamentos que foram alvos de intervenções foram principalmente os comportamentos obsessivo-compulsivos apresentados em sessão. Isto é, os comportamentos que a cliente apresentava de verificação através de perguntas do tipo “você tá brava comigo?” (sic), “você tá triste comigo?” (sic), “desculpa?” (sic), entre outros. Foi observado que no início do tratamento a cliente emitiu pelo menos uma resposta desse tipo nas sessões, o que possibilitou intervenções da terapeuta. Segundo Vermes e Zamignani (2002), as obsessões causam ansiedade e significativo desconforto para o indivíduo, enquanto as compulsões são emitidas para evitar ou eliminar obsessões. Assim, como as compulsões ocorrem comumente sob controle de reforçamento negativo, confirmar o que a cliente estava perguntando à terapeuta, aos pais e a outros funcionava como alívio das reações de ansiedade e pensamentos que a incomodavam no momento, o que era mantido por reforçamento negativo.

Pôde-se observar que a cliente apresentava encobertos relacionados ao ritual de verificação se as pessoas estavam chateadas ou bravas com ela, o que a incomodava, e evocava as respostas de verificação com a outra pessoa. A terapeuta teve como objetivo principal durante todo o processo terapêutico dessa cliente evocar os comportamentos-problema em sessão e: 1. não reforçar (isto é, não confirmar o que ela perguntava), 2. tentar mudar o controle de estímulos estabelecido no momento, 3. realizar extinção de reforçamento para essas respostas (não participando do ritual com a cliente) e ainda 4. fornecer modelos de comportamentos alternativos para a mesma.

DISCUSSÃO

É válido ressaltar que este caso foi atendido pelo período de um ano, e não será possível abarcar todos os aspectos trabalhados durante todo o tratamento. Entretanto, foram selecionadas as principais análises e intervenções que possibilitaram identificar as funções dos comportamentos-problema da cliente, e propor intervenções efetivas na mudança dos mesmos.

Análise Funcional dos Comportamentos-alvo

Nesta seção, alguns exemplos de comportamentos-problema emitidos pela cliente em sessão serão apresentados a seguir, de modo a facilitar a exposição da análise funcional realizada pela terapeuta durante o processo.

A mãe relatou que ao contar para a filha que ela faria terapia, a criança ficou extremamente brava, chorou muito, disse que não acreditava que a mãe tinha contado “problemas de casa para outra pessoa” (*sic*). A mãe relatou que teve que negociar com a filha, oferecer privilégios para ela se acalmar e aceitar ir à primeira sessão da terapia.

Provavelmente, contar sobre dificuldades da filha para a terapeuta eliciou respondentes de ansiedade na cliente e possivelmente obsessões relacionadas à aceitação. Evocou, assim, comportamentos de oposição que fazem parte do padrão comportamental da cliente, relatado pela mãe, de emitir comportamentos de birra para se esquivar de uma situação potencialmente aversiva. O ambiente de terapia, ainda desconhecido para a cliente provavelmente eliciou obsessões relacionadas com o que a terapeuta poderia “pensar” sobre ela e, ainda, o que a terapeuta poderia ter falado sobre ela para sua mãe. Nesta situação pôde-se observar que a mãe reforçou comportamentos de birra da filha (choros, gritos, reclamações) e as verbalizações “estranhas” relacionadas às suas preocupações, negociando privilégios para que ela fosse à terapia.

O alívio das respostas encobertas desagradáveis após as explicações dadas pelas mãe, e por outras pessoas em situações semelhantes, provavelmente foi a variável que instalou inicialmente essas respostas no repertório da cliente. No entanto, a atenção recebida dos pais e os privilégios dados a ela por eles podem ter passado a controlar a manutenção dessas respostas da cliente, com o tempo. Pode-se observar essa contingência esquematizada a seguir:

SD	R (da cliente)	C (R+)
Pais.	Chora, grita, reclama,	Atenção dos pais.
Pais informarem que ela irá fazer terapia.	Fala que está preocupada.	Recebe prêmios.

Em relação aos comportamentos da cliente em sessão, no segundo encontro ela disse para a terapeuta que estava “boazinha” em casa. Pode-se levantar a hipótese de que inicialmente a cliente tenha ficado

sob controle de se “justificar” para a terapeuta, de realizar com a terapeuta um ritual de verificação, sendo que dizer que estava “boazinha” pode produzir feedback positivo da terapeuta, eliminando possíveis obsessões relacionadas a ela desagradar à terapeuta e/ou à família que procurou ajuda.

Algumas situações contribuíram para que a hipótese de se tratar de comportamentos obsessivo-compulsivos fosse confirmada pela terapeuta. Na terceira sessão, informou para a cliente que conversaria com seus pais naquele dia, a cliente perguntou se poderia estar junto, ela negou o pedido e perguntou se havia algo que a cliente não quisesse que ela conversasse com seus pais. A cliente respondeu prontamente “eu não quero nenhum segredo” (*sic*). Após esse episódio, ficou evidente que a cliente ainda não tinha estabelecido vínculo com a terapeuta. Outra hipótese é de que, vincular-se à terapeuta, ter algum tipo de segredo com ela, poderia eliciar obsessões relacionadas a um afastamento da família (o que foi confirmado em sessões subsequentes). Enquanto a cliente estava em sessão, aparentava se divertir e gostar. No entanto, sempre no início da sessão seguinte demonstrava estar resistente a interagir com a terapeuta, ou, talvez, resistente a se separar das figuras familiares, o que corroborava a hipótese citada anteriormente.

Proposta de Intervenção e Resultados

A seguir, serão apresentadas algumas estratégias de intervenção selecionadas pela terapeuta e alguns exemplos dos resultados alcançados, com uma análise de cada tópico abordado.

Após algumas sessões de avaliação, a terapeuta optou por informar os pais sobre a hipótese de que a cliente apresentava comportamentos do espectro

obsessivo-compulsivo, explicando que, com um trabalho conjunto, poderiam diminuir a apresentação destes. Em sessão de orientação forneceu algumas recomendações aos pais. Solicitou que não valorizassem relatos relacionados à perfeição e verbalizações de “preocupação” que a filha apresentasse. Teve como objetivo principal extinguir qualquer atenção dos pais que pudesse ter função reforçadora nestas contingências de vida da cliente.

A terapeuta orientou a que os pais ficassem ainda mais atentos a demonstrar afeto para a filha em situações não contingentes a comportamentos adequados. Visou com esta recomendação a que a cliente aprendesse a ficar mais sob controle de outros estímulos quando recebesse carinho dos pais (e não só diante de comportamentos bem-sucedidos), e pudesse estabelecer a relação de que era amada independentemente do que realizasse.

Em sessões subsequentes, a mãe relatou que estava seguindo as orientações dadas pela terapeuta, que não estava mais cobrando tanto a filha em relação às tarefas da escola, e que já havia observado melhor nos comportamentos dela. Contou que a filha errou na tarefa, não “deu escândalo” (*sic*) e disse “ah, vai ficar assim” (*sic*), não corrigindo o erro. Também observou que a filha tinha diminuído muito os choros e as perguntas repetidas sobre estarem “bravos” ou “tristes” com ela.

Com a cliente, a supervisora propôs que a terapeuta conversasse sobre os comportamentos obsessivo-compulsivos que ela apresentou em sessão. Essa intervenção teria como objetivo produzir na cliente autoconhecimento de suas dificuldades e auxiliar um processo de aceitação de sensações desagradáveis sentidas por ela. A terapeuta propôs ainda uma

intervenção para auxiliá-la a identificar quando estivesse apresentando esses comportamentos. Propôs que as duas criassem um código para quando a cliente apresentasse esse tipo de “preocupação” (*sic*), e que a terapeuta diria o código em vez de responder à pergunta da cliente de verificação. A terapeuta objetivou com esta proposta não participar dos rituais da cliente (como todos de seu contexto vinham fazendo), e, assim, não reforçá-los. Entretanto não obteve sucesso nesta intervenção, considerando que a cliente disse que não queria fazer, e começou a chorar dizendo que estava com saudades de sua mãe. A terapeuta interrompeu e redirecionou a cliente para uma brincadeira, e ela imediatamente parou de chorar, demonstrando que a intervenção estava muito aversiva. Como a cliente apresentou comportamentos de fuga/esquiva de se engajar na intervenção proposta inicialmente, o objetivo principal inicial da terapia foi investir no estabelecimento de vínculo terapêutico.

A terapeuta optou também por utilizar autorrevelações com essa cliente, diante da alta responsividade apresentada por ela neste tipo de intervenção. Como terapeuta e cliente tinham irmãs com o mesmo nome (“Marina”), a terapeuta passou a contar histórias de quando brigava com sua irmã e de como depois sempre faziam as pazes, riam do que havia acontecido e falavam que se amavam. Esta intervenção tinha como objetivo dar modelo para a cliente de como pessoas que se amam podiam pensar de maneiras diferentes, até mesmo brigar e continuarem amigas.

Esta intervenção visou principalmente fornecer modelos de aceitação de sentimentos e pensamentos ruins em relação às irmãs, ou, de maneira mais geral, a pessoas queridas. A terapeuta contava para

a cliente pensamentos e sentimentos ruins que teve em relação a sua irmã, e em seguida brincava “essas Marinas deixam a gente muito brava né, elas são terríveis, mas como a gente gosta delas” (*sic*). Era esperado que, conforme a terapeuta fornecesse consequências sociais mais próximas das providas pelo ambiente, os comportamentos instalados em sessão pudessem ser generalizados para o ambiente natural da cliente. Deste modo, a terapeuta podia dar modelos de dificuldades enfrentadas em relacionamentos interpessoais, modelos de como se comportar diante destas situações, procurando, assim, estabelecer novos repertórios alternativos, que possibilitassem diminuição do sofrimento sentido quando eram costumeiramente eliciadas essas obsessões pela cliente.

Foi observado melhora no estabelecimento de vínculo a partir da quinta sessão, na qual a cliente cumprimentou a terapeuta na recepção, em sessão contou um segredo de sua irmã e pediu sigilo. Em sessões posteriores, foi observado que a cliente manteve mais contato físico com a terapeuta, e pediu algumas vezes para ficar mais no final da sessão. Uma possível hipótese é de que a terapeuta tenha passado a deixar a cliente escolher mais sobre o que gostaria de falar e brincar. Isto pode ter contribuído para a cliente interpretar que a terapeuta não a estava “analisando” ou “julgando-a”, já que era ela quem escolhia o que ia ser feito no dia.

Após o estabelecimento de vínculo, a terapeuta passou a extinguir o fornecimento de repostas que funcionavam como reforço negativo (que eliminariam os aversivos encobertos da cliente) para os comportamentos obsessivo-compulsivos apresentados por ela. Isto é, a terapeuta passou a não responder às perguntas de verificação que a cliente fazia, e em

vez disso perguntava “qual você acha que é a resposta?”. A terapeuta também visou alterar o controle de estímulos, amenizando o contexto aversivo nessas interações de extinção, inserindo sempre que possível piadas e brincadeiras para não participar dos rituais, e sinalizava não punição para a cliente (e.g., em vez de responder “fica tranquila, não estou brava” dizia “você é tão engraçada, a sua cabeça vai longe né” [*sic*]).

A terapeuta procurou também, não atender a todas as solicitações da cliente de regras criadas “sem sentido” durante as brincadeiras, como ir mais rápido quando ela determinava, ou levantar quando a criança mandava de maneira urgente. A terapeuta procurava realizar de modo diferente do que o que a cliente havia solicitado, e em formato de brincadeira. Essas intervenções tinham por objetivo ensinar a cliente a ficar mais sob controle das contingências da sessão e não sob controle de respostas encobertas que ela possivelmente teve naquele momento. Uma evidência do efeito dessa intervenção foi a diminuição da apresentação desses comportamentos nas sessões subsequentes, e ainda o fato de a cliente ter passado a brincar e dar risadas, mesmo quando a terapeuta fazia alguma brincadeira e não respondia seus pedidos “sem sentido óbvio”.

De acordo com Kohleberg & Tsai (2001), é importante que o terapeuta crie condições que evolvam respostas de comportamentos-problema na sessão, oferecendo conseqüências contingentes à sua emissão, para selecionar respostas desejadas e diminuir a frequência de respostas que tragam sofrimento para o cliente, neste caso, as respostas compulsivas. Catania (1999) sugere o procedimento de DRO (Reforçamento Diferencial de Outros Comportamentos), como uma intervenção alterna-

tiva para evitar os efeitos negativos da extinção, e ainda com o intuito de acelerar a aprendizagem de respostas alternativas. Este procedimento consiste na extinção de reforço para as respostas indesejadas, e utilização de reforçamento diferencial de qualquer outra resposta, ou seja, para respostas alternativas àquela que precisa diminuir de frequência.

Outra intervenção muito utilizada nos atendimentos desta cliente foi inserir em situações de fantasia, como em brincadeiras com bonecas Pollys, pensamentos estranhos e absurdos nas bonecas, e dando modelos de como lidar com eles. A terapeuta e a cliente criaram uma personagem que era uma Polly mais “doidinha” que tinha pensamentos absurdos e engraçados (estes últimos novamente foram inseridos com o intuito de mudar o controle de estímulos antes aversivo, para um controle de estímulos mais reforçador nesta classe de respostas relacionada a “falar de pensamentos ruins”). Todas as vezes que essa boneca contava seus pensamentos as outras riam e falavam “cada coisa que você pensa né amiga, você é muito maluca mesmo” (*sic*).

Simultaneamente aos atendimentos da cliente, foram realizadas diversas sessões de orientação com os pais, duas sessões de orientação com as avós (que passavam grande parte do tempo com a mesma) e uma com os pais e a irmã em conjunto. Nessas orientações, a terapeuta procurou identificar situações e contextos nos quais a cliente apresentava comportamentos obsessivo-compulsivos em outros ambientes, e auxiliou os membros da família a pensarem qual seria a melhor maneira de agir em cada uma das situações. Essas sessões foram primordiais para que as respostas alternativas às

respostas-problema dadas pela cliente e reforçadas em sessão pudessem ser generalizadas, e mantidas em seus outros contextos de vida.

Nessas sessões de orientação, a terapeuta enfatizou sempre a importância de não punir relatos da cliente de pensamentos estranhos e/ou absurdos (e.g., como “minha irmã vai matar alguém?” [sic]), mas sim de auxiliá-la a identificar que eram apenas pensamentos (e.g., “olha lá pra dentro e pensa se você realmente acha que ela faria isso de verdade” [sic]). Enfatizou ser importante nestas situações não responderem com indignação, participando do ritual da cliente (e.g., como responder “claro que não né, como você pode pensar uma coisa dessas” [sic]). Pois isto desqualificaria o relato da cliente sobre um pensamento que lhe ocorreu, e ao mesmo tempo forneceria a ela uma resposta de verificação, participando do ritual, e mantendo o padrão comportamental problemático.

Após seis meses de terapia, a cliente apresentou melhora significativa. A terapeuta passou a inserir falas de melhoras nas sessões da cliente, com o objetivo de iniciar um processo de *follow up* (o que não foi possível, devido à recaída apresentada por ela posteriormente). A terapeuta passou a inserir falas do quanto a cliente estava mais feliz, menos preocupada e mais animada para brincar. Esta intervenção teve como foco principal ensinar a cliente a ouvir “análises” sobre ela mesma, e ao mesmo tempo inserir gradativamente o processo de separação da terapeuta. É importante salientar que para esta cliente em especial inserir falas de melhora poderia acarretar uma recaída, já que “falar sobre ela” faz parte da classe de estímulos aversivos dos quais ela se esquiva realizando rituais e, por isso, seria mais uma contingência que requereria uma

mudança de padrão de respostas da cliente bem instalado

Durante todo o processo, a terapeuta teve como objetivo valorizar expressão de sentimentos e pensamentos negativos, procurando reforçar esse tipo de relato, do qual a cliente se esquivava muito. A terapeuta e os pais seguiram o objetivo principal de não participar dos rituais da filha, ajustando as estratégias de intervenção frequentemente de acordo com os variados comportamentos obsessivo-compulsivos que ela apresentou durante todo o período do tratamento.

No decorrer do processo foi possível observar alguns comportamentos da cliente que indicaram melhoras, como: aumento de apetite, retorno do interesse para brincar, diminuição de comportamentos que demonstravam “irritação” e/ou “incômodo”, diminuição da apresentação de choro “sem motivo”, de comportamentos de birra e principalmente de perguntas de verificação de aceitação repetitivas.

No início do processo, não foi recomendado avaliação psiquiátrica, pois os procedimentos comportamentais demonstraram ser suficientes para diminuição significativa de respostas obsessivo-compulsivas da cliente. No entanto, a cliente continuou apresentando, em menor quantidade, pensamentos obsessivos. Continuava em alguns momentos apresentando falas como: “não quero falar, é só minha cabeça que está pensando” (sic).

Ao final do processo terapêutico a cliente demonstrou grande avanço na aceitação de pensamentos desagradáveis e supressão de antigos rituais. Foi enfatizado com a família a importância de

continuarem as intervenções independentemente do término do processo terapêutico, salientando a necessidade de evitarem uma conduta denominada “acomodação familiar” (ou seja, evitando participar dos rituais da cliente), como aspecto crucial para a manutenção das melhoras adquiridas, e avanço na melhora de outros comportamentos-problema de mesma natureza. Vermes e Zamignani (2002) citam alguns trabalhos como o de Foa & Steketee (1977) que indicam ser frequente a recorrente substituição de rituais que eram foco de intervenção na terapia por outros, com uma topografia diferente. Após a primeira recaída da cliente, foi sugerido que os pais procurassem avaliação psiquiátrica para ela, para avaliar a necessidade de auxílio na minimização de reações muito intensas de ansiedade, o que poderia também auxiliar na adaptação às intervenções do processo terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se dizer que a análise funcional dos comportamentos-problema, neste caso, foi primordial para o planejamento das intervenções em sessão e com a família. Vale um alerta para os analistas do comportamento para que não atentem apenas à queixa dos pais, podendo recair no erro de desconsiderar as contingências em vigor na vida da criança. Diante de uma análise funcional pobre, essa cliente poderia não apresentar melhoras, ou até apresentar mais prejuízos caso a terapeuta reforçasse ainda mais os comportamentos obsessivo-compulsivos apresentados pela cliente (como os pais já vinham fazendo), aumentando ainda mais a classe de estímulos aversivos constituintes do problema. Entretanto, pesquisas com maior controle de variáveis fazem-

se necessárias para demonstrar empiricamente como realizar análises funcionais mais precisas e eficazes para o planejamento de intervenções efetivas na clínica.

REFERÊNCIAS

- Catania, A.C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. 4ed. Porto Alegre: Artes Médias.
- Copque, H. & Guilhardi, H. (2009). O modelo comportamental na análise do TOC. *Revista eletrônica (Inter)subjetividade da UNIJORGE*, 1-18.
- Ferrão, I. A.; Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, (1), 34-43. Porto Alegre.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behavior Research & Therapy*, 17, 169-176.
- Guilhardi, H. (2002). Problemas e perspectivas na análise aplicada do comportamento: o caso da clínica, 1-36. *Texto para fins didáticos, recuperado de http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Problemas_Perspectivas.pdf*.
- 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.
- Kohlemberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*, 1ª ed., 139-155. R. R. Kerbauy, Trad. Santo André: ESETec.
- Vermes, J. S. & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-

- compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4, (2), 135-149. São Paulo.
- Wielenska, R. C. (2001). Terapia comportamental do transtorno obsessivo compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, (Supl.II), 62-4. São Paulo.
- Whittal, M. & McLean, P. D. (1999). CBT for OCD: The rationale, protocol and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 383-396.
- Zamignani, D. R. (2000). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo-compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. R. C. Wielenska (org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, 256-266. Santo André: SET.
- Zamignani, D. R. & Andery, M. A. P. A. (2005). Interação entre Terapeutas Comportamentais e Clientes Diagnosticados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, (1), 109-119. São Paulo.

Recebido em 18 de fevereiro de 2013
Enviado em 18 de março de 2013
Aceito em 24 de março de 2014