



UniCEUB – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

**A APRENDIZAGEM COMPORTAMENTAL POR REGRAS NO
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

ANA LUIZA RABELLO MENDES DUARTE

Brasília
Novembro/2006

ANA LUIZA RABELLO MENDES DUARTE

**A APRENDIZAGEM COMPORTAMENTAL POR
REGRAS NO TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO**

**Monografia apresentada à Faculdade de
Ciência da Saúde do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB, como um dos requisitos
para a conclusão de Grau de Psicólogo.**

Professor Orientador: Geison Isidro Marinho

Brasília, novembro de 2006.

Dedico a presente monografia a minha mãe, Maria Izabel Rabelo Mendes, e ao meu pai, Luiz Henrique Freire Duarte, por terem sempre acreditado no meu potencial e nos meus sonhos.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, grande propiciador de tudo, aos meus pais, mentores que sempre me conduziram pelo caminho da luz e que me forneceram o apoio emocional necessário para a execução do presente trabalho e ao meu professor orientador, Geison Isidro Marinho, por sua paciência, dedicação e competência. Meus eternos agradecimentos!

SUMÁRIO

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Introdução	01
O modelo comportamental para a ansiedade	06
Redefinição do TOC com base na Análise do Comportamento	13
A aprendizagem comportamental por regras	16
A importância das auto-regras no Transtorno Obsessivo-Compulsivo	20
Intervenção – A psicoterapia Analítico Comportamental	25
A Terapia Analítico Comportamental no tratamento do TOC	30
Considerações Finais	37
Referências Bibliográficas	39

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho é detalhar e discutir a influência que a aprendizagem comportamental por regras exerce nos comportamentos obsessivo-compulsivos presentes no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. As características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes, suficientemente graves a ponto de consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo e de substituírem um comportamento útil e gratificante, perturbando demasiadamente o funcionamento geral da pessoa. Ainda, o TOC é classificado como um transtorno da ansiedade, onde ansiedade, em termos comportamentais, é definida como um fenômeno clínico, quando implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas e quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo. O padrão comportamental característico dos transtornos de ansiedade é a esquia fóbica, na qual o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia determinado evento aversivo. Há também no TOC uma inadequação muito grande entre as auto-regras formuladas e excessivamente seguidas pelos indivíduos com TOC e a realidade. Além das auto-regras terem sido mal formuladas, não descrevendo uma relação contingencial compatível com a realidade, elas ainda são extremamente seguidas pelos sujeitos com TOC. Propõe-se, por fim, um modelo de intervenção analítico-comportamental baseado, principalmente, em técnicas de exposição e prevenção de resposta, na modelação, na reformulação de regras, na extensão do tratamento aos membros da família do cliente e no esclarecimento educativo. Por meio da presente monografia, o psicólogo pode melhorar sua atuação profissional, entendendo toda essa dinâmica da aprendizagem dos comportamentos obsessivo-compulsivos e, ao mesmo tempo, buscando intervenções mais eficazes no tratamento do quadro em questão.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, terapia analítico-comportamental, regras comportamentais

ABSTRACT

The main objective of this work is to discuss and get into the details of how the ruled processes of behavior learning impacts on Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). The essential characteristics of the OCD is the repetitive occurrences of such behaviors, which are normally time consuming and serious enough to cause deep self suffering or significant personal damages. The disorder also replaces a previous useful and rewarding behavior, by deeply disturbing the regular personal functioning. More over, the OCD is classified as an anxiety's disorder if considering anxiety under the behaviorism codes as a clinical phenomenon which implies an occupational loss of the individual, hence, not allowing the proceeding of its professional, social and academic activities, as well as if is considered the person's suffering to be a significant one. The typical behavior standard of the anxiety's disorder is the phobic hiding attitude that leads the individual to provide answers which delay, eliminate and ease the aversive events before they appear. In OCD there is also a large contradiction between the self rules, which are formulated by those that carry the disorder, following them excessively, and their own reality. Besides those

rules being badly shaped, describing contingent relations which are not compatible with reality, those rules are extremely followed by the OCD carrier. As conclusion, this work proposes an analytical-behavior for intervention model, which is mainly based in the exposition and preventive answering techniques, in modeling, in the rules' reformulation, on the extension of the treatment to the client's family, and also in educative awareness. By using the proposed intervention of this monograph, the psychologist can improve its professional performance while understanding the dynamics of the OCD behavior learning, and at the same time searching for more efficient methods on the treatment of the case that is pictured.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, analytical-behavior therapy, behavior rules

A Análise do Comportamento vem estudando as complexas imbricações entre regras e contingências, entre comportamento verbal e não-verbal, procurando identificar e compreender as variáveis que determinam o comportamento. A literatura de Skinner mostra que o comportamento humano pode se originar de duas fontes, onde na primeira delas o homem tem contato direto com as contingências, ou seja, ele emite respostas e sofre as conseqüências dessas respostas. Esse processo foi denominado de aprendizagem por experiência direta, cujo comportamento é modelado pelas contingências. A segunda fonte está relacionada a uma aprendizagem por meio de descrições verbais das contingências, onde o homem não vivencia as contingências no passado, mas sim segue o conselho ou uma regra ditada por alguém e, por assim ser, diz-se que esse é um comportamento governado por regras.

Segundo Skinner (1966/1980), quando se diz que um organismo se comporta, com uma dada probabilidade, de uma determinada forma devido ao fato de tal comportamento ter sido seguido por conseqüências no passado, esse comportamento é considerado como sendo modelado pelas contingências. Entretanto, quando os organismos em questão são sujeitos humanos verbais e comunicáveis, observa-se que grande parte de seu repertório comportamental não é adquirido por meio de uma longa e sucessiva exposição às contingências de reforço. Dessa forma, quando alguém se comporta de uma determinada maneira porque um outro sujeito especificou a contingência na qual o comportamento em questão se insere, refere-se a este comportamento como sendo governado por regras. O autor frisou a importância da identificação dessas relações funcionais uma vez que permitem responder, em parte, por que os organismos se comportam do modo que o fazem. Assim, a aquisição de comportamento verbal tornou os homens capazes de relatarmos uns aos outros o que fazer, sob determinadas condições, para que ocorram certas alterações no ambiente em que vivem e, assim, garantir a adaptação e a sobrevivência (Nico, 1999).

De acordo com Baum (1999), o comportamento controlado por regras está sob controle do estímulo regra, entendida como um estímulo discriminativo verbal, enquanto que o comportamento modelado pelas contingências, por sua vez, é modelado e mantido diretamente por conseqüências relativamente imediatas, não dependendo de ouvir ou ler uma regra. Portanto, o comportamento controlado por regras depende do comportamento verbal do falante e o comportamento modelado por contingências depende somente da interação com as mesmas.

Segundo Castanheira (2001), existe um histórico sobre o controle das regras e das contingências no comportamento humano. Na década de 40, Skinner escreve, pela primeira vez, sobre eventos privados e, em 1947, chama o comportamento governado por regras de condicionamento do ouvinte (Costa, 2000). Em 1957, Skinner introduz o termo comportamento verbal e, em 1965, passa a se referir ao condicionamento do ouvinte como comportamento governado por regras. Em 1985, Skinner fez a distinção entre comportamento governado por regras e comportamento modelado pelas contingências. Tal distinção permitiu que o comportamento governado por regras recebesse o devido apreço ao estabelecer a relação entre a resolução de problemas e um conjunto de contingências de reforçamento. Desse fato surge uma nova classe de comportamento, a qual, por meio de instruções ou regras, uma pessoa frente a um estímulo discriminativo pode emitir comportamentos de forma adequada sem ter sido exposta a ele anteriormente.

Mesmo concordando com Skinner (1966/1980) de que o comportamento governado por regras constitui grande parte do repertório humano, os modelos comportamentais receberam inúmeras críticas dos cognitivistas, que os rotularam de simplistas, limitados e incompletos. Como consequência, a década de 80 foi repleta de trabalhos sobre o assunto e estes tornaram mais claro que o comportamento, puramente modelado por contingências, é raramente encontrado em humanos verbais. É importante ressaltar, ainda, que muitos dos comportamentos emitidos por indivíduos com os mais diversos transtornos psicológicos são governados por regras que, enquanto estímulos discriminativos, aceleram a aprendizagem comportamental mais que as contingências. Dentre esses inúmeros transtornos psicológicos, encontra-se o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), que será o transtorno para o qual o foco de estudo deste trabalho se voltará.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV-TR (2002), as características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes, suficientemente graves a ponto de consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo. As obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. Entretanto, o indivíduo é capaz de reconhecer que suas obsessões são produtos de sua própria mente e não impostas a partir do exterior. As obsessões mais comuns são pensamentos repetidos acerca de contaminação, dúvidas repetidas, uma necessidade de organizar

as coisas em determinada ordem, impulsos agressivos ou horrorizantes e imagens sexuais. É importante ressaltar que os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas acerca de problemas da vida real e provavelmente não estão relacionados a problemas da mesma.

O indivíduo com obsessões, geralmente, tenta ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos ou impulsos com algum outro comportamento ou ação, denominado de compulsão. As compulsões, portanto, são comportamentos repetitivos cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, em vez de oferecer prazer ou gratificação. Na maioria dos casos, a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos. O DSM IV-TR (2002) afirma que, em alguns casos, os indivíduos realizam atos rígidos ou estereotipados de acordo com regras rigidamente elaboradas, sem serem capazes de explicar o porquê de estarem executando-as. Por definição, as compulsões ou são claramente excessivas, ou não têm conexão realista com o que visam neutralizar/evitar e as mais comuns envolvem lavar e limpar, contar, verificar, solicitar/exigir garantias, repetir ações e colocar objetos em ordem.

Acredita-se que o indivíduo adulto com Transtorno Obsessivo-Compulsivo reconhece, em algum momento, que as obsessões ou compulsões são excessivas e, até mesmo, irracionais e, nesses momentos, ele pode desejar ou tentar resistir a elas. Ao fazê-lo, porém, pode ter a sensação de crescente ansiedade ou tensão, freqüentemente aliviadas cedendo à compulsão. No curso do transtorno, após repetidos fracassos em resistir às obsessões e/ou compulsões, o indivíduo pode ceder a elas, não mais experimentar um desejo de resistir e incorporá-las em suas rotinas diárias.

Ainda, vale frisar que as obsessões ou compulsões podem substituir um comportamento útil e gratificante, perturbando demasiadamente o funcionamento geral da pessoa. Devido ao fato das intrusões obsessivas poderem provocar distrações, elas freqüentemente, resultam em desempenho ineficiente em tarefas cognitivas que exigem concentração, tais como leitura ou cálculos. Além disso, muitos indivíduos acabam por evitar objetos ou situações que provocam obsessões e compulsões e essa esquivas pode se tornar ampla e restringir gravemente o funcionamento psíquico da pessoa.

De acordo com o DSM IV-TR (2002), estudos comunitários estimaram uma prevalência do Transtorno Obsessivo-Compulsivo durante a vida de 2,5% (dois e meio por cento), e uma

prevalência anual de 0,5% (meio por cento) a 2,1% (dois vírgula dez por cento) em adultos. Porém, devido a problemas metodológicos de tais estudos, há a possibilidade de que as verdadeiras taxas de prevalência sejam muito mais baixas, onde estudos comunitários com crianças e adolescentes estimaram uma prevalência anual de 0,7% (zero vírgula setenta por cento).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, geralmente, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, mas é possível que ele apareça na infância do indivíduo. Em adultos, esse Transtorno é igualmente comum entre homens e mulheres, mas no Transtorno Obsessivo-Compulsivo com início na infância, é mais comum nos meninos do que nas meninas. A idade de início é mais precoce para os homens do que para as mulheres. Nos homens, o TOC se inicia, na maioria dos casos, entre os seis e os 15 de vida, enquanto que nas mulheres é entre os 20 e os 29 anos. A maioria dos indivíduos com o Transtorno em questão tem um curso crônico de vaivém de sintomas, com exacerbações possivelmente relacionadas ao estresse diário. Acredita-se, segundo o DSM IV-TR (2002), que cerca de 15% dos indivíduos com TOC apresentam deteriorização progressiva no funcionamento profissional e social, enquanto que 5% têm um curso episódico, com sintomas mínimos ou ausentes entre os episódios. A taxa de concordância para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo é maior entre os gêmeos monozigóticos do que nos dizigóticos, sendo também maior nos parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno de Tourette. Por fim, o comportamento ritual prescrito pela cultura não indica, por si só, um Transtorno Obsessivo-Compulsivo, a menos que ele exceda as normas culturais, ocorra em momentos e locais inadequados ou interfira no funcionamento social do próprio indivíduo ou daqueles que o cercam. No entanto, embora esses rituais não levem por si só ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo, eles podem influenciar os temas das obsessões e das compulsões.

O principal objetivo deste trabalho é detalhar e discutir a influência que a aprendizagem comportamental por regras exerce no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Ainda, juntamente com esse objetivo, há também o intuito de sugerir um modelo de intervenção, embasado teoricamente na Análise do Comportamento, que amenize ou que, até mesmo, impossibilite a manutenção de alguns dos comportamentos característicos do Transtorno em questão.

Por fim, o presente trabalho é de fundamental importância para a prática terapêutica uma vez que o psicólogo, um profissional da saúde e formador de opinião, deve ser capaz de entender

a importância que os mecanismos de aprendizagem comportamental por regras têm no processo de aquisição e manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos típicos do TOC. Por meio da presente monografia, o psicólogo pode melhorar sua atuação profissional, entendendo toda essa dinâmica da aprendizagem dos comportamentos obsessivo-compulsivos e, ao mesmo tempo, buscando intervenções mais eficazes no tratamento do transtorno.

O MODELO COMPORTAMENTAL PARA A ANSIEDADE

Devido ao fato do TOC ser considerado um Transtorno de Ansiedade, é de extrema importância apresentar no presente estudo o modelo que a Análise do Comportamento tem para explicar e caracterizar a ansiedade. Um primeiro passo para compreender de forma adequada o modelo comportamental para a ansiedade diz respeito a um breve esclarecimento sobre o instrumento que a Análise do Comportamento possui para identificar as variáveis que controlam determinados comportamentos e, bem como, gerar conhecimento: a análise funcional.

A análise funcional, segundo Vandenberghe (2004), é um método empírico gerativo, no qual a partir de dados brutos são geradas interpretações, explicações e novas teorias, buscando a identificação das variáveis que influenciam a ocorrência de comportamentos. Ainda, tal análise é um método idiográfico, uma vez que pode-se analisar comportamentos de diferentes pessoas ao mesmo tempo, mas, no entanto, precisa-se considerar o efeito das contingências sobre o comportamento de cada uma delas separadamente, sendo, portanto, uma análise da relação entre o comportamento do sujeito único e seu ambiente (Vandenberghe, 2004).

Além de ser um método empírico e idiográfico, a análise funcional é também um método indutivo. Francis Bacon (1561-1626, citado em Vandenberghe, 2004), foi um político e filósofo inglês que enfatizou que para saber determinada coisa necessita-se estudar o mundo, em vez de estudar os livros. Para Skinner (1981), isso significa que um experimento deve levar ao outro, em vez de teorias e livros conduzirem a experimentos. Nesse sentido, a análise funcional, como método indutivo, ao contrário do método dedutivo, inicia-se com os dados e somente depois de identificar padrões recorrentes nos mesmos, conclui-se algo, gerando conhecimento a partir da realidade concreta (Vandenberghe, 2004).

De acordo com a revisão de literatura de Hanley e Cols. (2003, citados em Vandenberghe, 2004), duas características básicas de uma análise funcional de comportamentos já eram conhecidas na literatura da análise aplicada da década de 60, mas não foram sistematicamente respeitadas. A primeira dessas características é a observação do comportamento sob as condições de teste e de controle em que uma variável ambiental é manipulada. A segunda característica se refere ao fato da análise funcional ser uma demonstração funcional entre a condição manipulada e o comportamento (Vandenberghe, 2004).

Em um contexto terapêutico, dinâmico e imprevisível, o analista do comportamento não tem acesso às contingências do cotidiano do cliente e, nesse sentido, as condições experimentais e de controle não podem ser montadas com antecedência. No entanto, apesar de tal impossibilidade, a aplicação da análise do comportamento em um contexto terapêutico não é de forma alguma limitada. É perfeitamente possível que o analista do comportamento identifique, em terapia, as diversas variáveis que controlam o comportamento de seu cliente. Dessa forma, por meio de uma análise contingencial tríplice, o terapeuta pode ser capaz de pontuar as variáveis ambientais antecedentes, que funcionam como estímulos discriminativos para a emissão de determinados comportamentos ou como estímulos eliciadores para a eliciação dos mesmos. Ainda, o terapeuta, fazendo o uso adequado da análise funcional, não se restringe somente a essa relação dual antecedentes-comportamentos, mas também identifica as conseqüências advindas desses comportamentos, tais como conseqüências reforçadoras ou punidoras. Essa metodologia, portanto, permite o terapeuta operacionalizar a queixa apresentada por seu cliente em uma análise contingencial tríplice antecedentes-comportamentos-conseqüentes ($S \rightarrow R \rightarrow S$), identificando a freqüência em que esses comportamentos causadores de sofrimento acontecem e, bem como, as variáveis ambientais que os controlam.

Após essa breve apresentação a respeito da análise funcional, torna-se mais fácil o entendimento do modelo apresentado pela análise para o esclarecimento das variáveis ambientais que controlam o comportamento ansioso.

Segundo Zamignani & Banaco (2004), o termo ansiedade pode se referir a eventos bastante diversos, tanto no que se refere a estados internos do falante, quanto a processos comportamentais que produzem esses estados internos. Nesse sentido, muitos eventos descritos como agradáveis podem implicar em um sentimento de ansiedade, principalmente quando envolvem espera. No entanto, geralmente, no momento em que a ansiedade se refere à relação do indivíduo com eventos aversivos em suas múltiplas possibilidades de interação, ela adquire o status de queixa clínica.

A ansiedade define-se, enquanto fenômeno clínico, quando implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas, quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e, ainda, quando as respostas de evitação e eliminação do incômodo ocuparem um tempo considerável do dia (Zamignani & Banaco, 2004).

De acordo com Gentil (1998), Kanfer e Phillips (1970, ambos citados em Zamignani & Banaco, 2004), elementos comuns nas diversas definições do conceito “ansiedade” apontam para um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonômicas e musculares (taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores), redução na eficiência comportamental (decréscimo em habilidades sociais e dificuldade de concentração), respostas de fuga e/ou esquiva e relatos verbais de estados internos desagradáveis, como angústia, apreensão, medo, insegurança ou mal-estar indefinido.

Dessa maneira, de acordo com as perspectivas apresentadas acima, a ansiedade é um construto que, necessariamente, envolve o anúncio de que algum evento aversivo irá ocorrer, ou seja, sua definição implica um futuro carregado de aversividade (Zamignani & Banaco, 2004). No entanto, segundo Skinner (1953), a explicação do comportamento por eventos futuros é bastante imprecisa.

De acordo com grande parte da literatura analítico-comportamental, o padrão comportamental característico dos transtornos de ansiedade é a esquiva fóbica. Seguindo essa linha de raciocínio, na presença de um evento ameaçador ou incômodo, o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento aversivo. Nesse ponto, é importante frisar que o que diferencia cada Transtorno de Ansiedade é o tipo de evento experimentado como ameaçador ou incômodo e/ou tipo de resposta na qual o sujeito se engaja para diminuir o contato com o estímulo aversivo (comportamentos de fuga/esquiva). As respostas envolvidas nesse processo, segundo Zamignani & Banaco (2004), podem ser classificadas topograficamente como respostas de evitação e/ou eliminação do estímulo temido, assim como respostas de verificação ou outras respostas repetitivas que pospõem ou eliminam temporariamente a ameaça da apresentação desse estímulo.

No caso do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, quadro foco do presente estudo, tem-se como estímulos aversivos as obsessões e outros estímulos específicos, tais como idéias, pensamentos, impulsos e imagens intrusivos. Ainda no TOC, nota-se que as respostas de fuga e esquiva são respostas repetitivas e/ou estereotipadas, como os rituais, que buscam evitar ou eliminar tais estímulos aversivos.

Como parte de uma contingência de fuga/esquiva, a resposta classificada como ansiosa seria reforçada negativamente pela retirada ou adiamento da apresentação do estímulo aversivo

público ou privado e, assim, as respostas ansiosas que compõem os mais diversos transtornos de ansiedade seriam funcionalmente parecidos, o que permite análises e intervenções comuns.

Ainda, de acordo com Skinner (1941, citado em Zamignani & Banaco, 2004, p. 08), a ansiedade teria: *“at least two defining characteristics: (1) it is an emotional state, somewhat resembling fear, and (2) the disturbing stimulus which is principally responsible does not precede or accompany the state, but is “anticipated” in the future”* (pelo menos duas características: (1) ela é um estado emocional, um tanto parecido com o medo, e (2) o estímulo principal responsável pelo distúrbio não precede ou acompanha o estado, mas é antecipado no futuro). Nesse sentido, trata-se de um estado emocional, muitas vezes descrito como reações fisiológicas resultantes de variáveis do ambiente. Em outras palavras, nota-se que há um componente respondente nas situações de ansiedade. De acordo com Zamignani & Banaco (2004), como o componente “antecipação” do estímulo aversivo é necessário para a definição de ansiedade, é comum autores falarem do conceito de estímulo aversivo condicionado, no qual estímulos habitualmente neutros para a resposta de medo, seguidos consistentemente por estímulos aversivos incondicionados, passarão a adquirir propriedades aversivas, eliciando respostas “semelhantes ao medo”, a ansiedade. Dessa forma, essa seria uma resposta que se “anteciparia” ao estímulo aversivo incondicionado, embora não tivesse sob controle do futuro, mas sim de um estímulo aversivo condicionado presente, chamado por alguns autores como “pré-aversivo”.

Com base no exposto acima, a resposta de ansiedade seria, então, semelhante à de medo, uma vez que ambas são eliciadas por um estímulo aversivo condicionado e não incondicionado, se antecipando ao estímulo aversivo incondicionado, mas sendo resultante da apresentação do estímulo aversivo condicionado.

De acordo com Zamignani & Banaco (2004), algumas situações que eliciam respostas reflexas de taquicardia, sudorese e elevação da pressão sanguínea são buscadas pelos indivíduos em várias situações, como a prática de esportes radicais, por exemplo. No entanto, em situações de ansiedade, segundo Sidman (1989, citado em Zamignani & Banaco, 2004), o indivíduo tende a eliminar, diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção de estímulos. Logo, nota-se que, nos Transtornos de Ansiedade como um todo, há também um componente operante, contendo respostas que modificam o ambiente, de fuga e/ou esquiva. É importante lembrar que, segundo Skinner (1953), a fuga ocorre quando um organismo elimina ou diminui a intensidade de um estímulo incondicionado aversivo. Em contrapartida, quando um organismo posterga ou elimina

um estímulo aversivo condicionado, há uma resposta de esquiva. Dessa maneira, a ansiedade é tanto uma resposta respondente quanto operante.

Como ocorre em qualquer contingência operante, as respostas envolvidas nos quadros ansiosos são emitidas na presença de um conjunto de estímulos que podem, juntamente com o estímulo eliciador, tornar-se estímulos relevantes para a emissão futura das respostas ansiosas (Zamignani & Banaco, 2004). Em um ataque de pânico, por exemplo, os estímulos que estavam presentes na ocasião do ataque e, bem como, as respostas que o indivíduo emitia no momento podem, por associação com o estímulo aversivo incondicionado, adquirir a função de estímulo aversivo condicionado e estímulo discriminativo para a emissão de respostas de esquiva. Ainda, as funções eliciadoras e discriminativas desses estímulos condicionados, por sua vez, podem ser transferidas para outros estímulos por meios de novos pareamentos, pelo processo de generalização de estímulos, ou por meio da formação de classes equivalentes de estímulos. Esse aspecto é muito importante para uma análise adequada dos Transtornos de Ansiedade, pois revela que o conjunto de estímulos e respostas que podem ter relações com as respostas ansiosas é enorme e complexo e, de acordo com Zamignani & Banaco (2004) essa é mais uma razão pela qual não se justifica a adoção de uma única técnica para o manejo de repertórios ansiosos; os fenômenos ansiosos exigiriam uma análise caso a caso de que contingências estão envolvidas em seus controles.

Um outro conceito da análise do comportamento de fundamental importância no entendimento dos Transtornos de Ansiedade é o de classes de resposta de ordem superior, que se refere a algumas respostas que podem permanecer inalteradas, mesmo quando algumas de suas conseqüências imediatas são alteradas. Segundo Catania (1999), essas respostas podem participar de classes de respostas mais amplas, cujas conseqüências que as controlam precisam ser identificadas e manipuladas para que se possa produzir a alteração desejada. Um tipo específico de classe de resposta de ordem superior, presente no TOC, foi denominado por Hayes e Cols. (1996, citados em Zamignani & Banaco, 2004) de evitação experiencial, que seria “um fenômeno que ocorre quando uma pessoa está relutante em permanecer em contato com experiências privadas particulares” (Hayes e Cols. 1996, p. 1154, citados em Zamignani & Banaco, 2004). No caso do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, por exemplo, a evitação experiencial mostra-se clara ao cliente buscar, sem sucesso, escapar de várias experiências privadas por meio da emissão de rituais e comportamentos estereotipados.

A análise da ansiedade sob uma perspectiva analítico-comportamental torna-se incompleta se não for mencionado o papel das operações estabeledoras dentro dos transtornos de ansiedade. Primeiramente, faz-se necessário entender as operações estabeledoras como sendo variáveis ambientais que estabelecem, como o próprio nome diz, ou alteram os valores reforçadores de determinados estímulos. Michael (1993, citado em Cunha & Isidro-Marinho, 2005), define uma operação estabeledora como sendo uma variável ambiental em função de seus dois principais efeitos, denominados de efeitos estabeledor do reforço e efeito evocativo, nos quais o primeiro desses efeitos é caracterizado pela alteração momentânea da efetividade reforçadora de algum objeto, evento ou estímulo, enquanto que seu segundo efeito é caracterizado pela alteração momentânea da frequência de um tipo de comportamento que tem sido reforçado por aquele objeto, evento ou estímulo. Dessa maneira, segundo Cunha & Isidro-Marinho (2005), uma operação estabeledora é um evento ambiental que está correlacionado filogenética e ontogeneticamente com a eficácia do reforço ou da punição, evocando ou suprimindo um tipo de comportamento que tenha sido reforçado ou punido por esse evento, sendo, portanto, uma variável motivacional.

Michael (1993, citado em Cunha & Isidro-Marinho, 2005), ainda, propôs a classificação das operações estabeledoras em duas categorias: incondicionadas e condicionadas. As operações estabeledoras incondicionadas variam de espécie para espécie e são de origem filogenética, totalizando, segundo o autor, nove tipos: estimulação dolorosa, diminuição da temperatura abaixo das condições de adaptação e conforto, aumenta da temperatura acima das condições de adaptação e conforto, variáveis relacionadas ao reforçamento do comportamento sexual. Os outros cinco tipos de operações estabeledoras incondicionadas estão relacionadas à privação e saciação de água, oxigênio, alimento, atividade e sono (reforçadores primários). A principal característica desse grupo de OEs está relacionada ao fato delas alterarem o valor de reforçadores também incondicionados, ou seja, reforçadores que, devido a suas próprias naturezas, aumentam naturalmente a frequência de determinados comportamentos.

As operações estabeledoras condicionadas, por sua vez, são de origem ontogenética e, portanto, dependem de uma história individual de reforçamento. Seguindo essa linha de raciocínio, o que caracteriza uma operação estabeledora como sendo condicionada é o fato da mesma estabelecer o valor de um determinado reforço devido um processo de aprendizagem, não sendo, portanto, inato esse valor, mas sim aprendido.

Dentre as inúmeras operações estabelecidas, a privação e a estimulação aversiva, serão as únicas a serem detalhadas no presente trabalho, pois são as que mais têm efeito direto sobre as manifestações de ansiedade. A privação aumenta a probabilidade de emissão de qualquer resposta que produza o estímulo reforçador do qual o organismo está privado (Zamignani & Banaco, 2004). Ainda, nota-se que grande parte dos clientes que apresentam padrões de comportamentos do tipo ansioso possui um repertório bastante limitado, tanto no que se refere a habilidades sociais, quanto a habilidades diversas necessárias para o enfrentamento e solução de problemas. Nesse sentido, sua ação no ambiente pode produzir poucas consequências reforçadoras, existindo pouca probabilidade de que respostas alternativas à resposta-ansiosa sejam estabelecidas e adequadamente mantidas. No caso específico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, por exemplo, percebe-se claramente a influência que a privação, enquanto operação estabelecida, exerce sobre os comportamentos do quadro. A simples sensação de alívio decorrente do processo de reforçamento negativo ocorrido com a realização do ritual seria a única fonte de reforçamento à qual o cliente estava exposto, o que revelaria, portanto, um intenso grau de privação. Ainda, há muitas vezes a presença de reforçadores sociais que, diante de um contexto de privação desses reforçadores, reduz a possibilidade de variabilidade de respostas do indivíduo e a busca de respostas alternativas para solucionar o problema da ansiedade.

Em uma condição de estimulação aversiva, segundo Zamignani & Banaco (2004), além dos respondentes incondicionados e condicionados eliciados, são evocadas respostas operantes que tenham como consequência a eliminação ou o adiamento dessa estimulação aversiva. “Caso o indivíduo esteja exposto a um ambiente rico em estimulação aversiva, teremos uma condição crônica de interações que produzem respostas de ansiedade e esquiva, além de baixa probabilidade de ocorrência de respostas que produzam reforçamento positivo, reduzindo a variabilidade e produzindo também estereotipia da resposta” (Zamignani & Banaco, 2004, p. 16).

Após essa breve descrição comportamental dos Transtornos de Ansiedade, torna-se possível a redefinição do TOC, um tipo de transtorno de ansiedade, em termos analítico-comportamentais.

REDEFINIÇÃO DO TOC COM BASE NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo, de acordo com o DSM-IV-TR (2002) e já mencionado anteriormente, é caracterizado por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos intrusivos, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes – as obsessões –, geralmente acompanhados de aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos por meio da realização de atos repetitivos e estereotipados – as compulsões ou rituais. Para melhor entendimento da presente monografia, faz-se necessária não somente uma caracterização psiquiátrica, mas, bem como, uma recharacterização e redefinição do Transtorno em questão com base na Análise do Comportamento.

Nesse sentido, de acordo com Cordioli, Braga, Margis, de Souza & Kapezinski (2002), o surgimento e a manutenção dos sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) têm sido atribuídos constantemente a um conjunto de fatores envolvendo disfunções de vias serotoninérgicas e talvez dopaminérgicas, que incluem o núcleo caudato, o tálamo, o giro do cíngulo e o lobo frontal. Ainda, tem sido sugerida a importância da esquia comportamental e da aprendizagem comportamental no surgimento e manutenção dos rituais.

De acordo com Mower (1939, citado em Cordioli e Cols. 2002), medos e evitações seriam decorrentes de aprendizagens ocorridas em duas etapas: aquisição por condicionamento clássico e manutenção por condicionamento operante, à medida que o indivíduo aprende a reduzir esses medos e evitações mediante a adoção de estratégias como a fuga e a evitação. Seguindo essa linha de raciocínio, as obsessões seriam estímulos anteriormente neutros que, em consequência de experiências negativas, teriam sido emparelhados à ansiedade (condicionamento clássico). Tais experiências seriam, então, generalizadas para objetos, situações ou mesmo pensamentos que tivessem alguma associação com o estímulo original. Se após o surgimento de um pensamento intrusivo de conteúdo negativo ou catastrófico a pessoa obtém alívio imediato realizando rituais ou adotando comportamentos de esquia, haverá o reforçamento de tais comportamentos, e, conseqüentemente, o indivíduo tenderá a emití-los novamente em situações semelhantes (condicionamento operante). Dessa maneira, os comportamentos obsessivo-compulsivos seriam resultantes de aprendizagens defeituosas que ocorreriam nesses dois estágios. Em suma, a função das compulsões e da evitação, de acordo com o modelo descrito acima, seria de interromper ou impedir a exposição a estímulos que, por algum motivo, passaram a ser

temidos, eliminar a ansiedade associada ou, até mesmo, impedir o seu surgimento. Ainda, vale frisar que por impedirem a exposição, impedem também a extinção natural e espontânea dos medos por meio da habituação e, dessa forma, o resultado é a perpetuação dos comportamentos típicos do TOC.

Uma série de experimentos realizados por Rachman e colaboradores nos anos 70 demonstraram a aplicabilidade do modelo comportamental na compreensão dos fenômenos obsessivos (Cordioli e Cols., 2002). Hogdson e Rachman (1972, citados em Cordioli e Cols., 2002), por exemplo, observaram que pacientes com rituais de limpeza apresentavam uma elevação acentuada da ansiedade quando entravam em contato com algo sujo e que essa ansiedade decrescia rapidamente ao realizarem uma lavagem satisfatória. O mesmo fenômeno foi observado em verificadores após a execução das verificações (Röper et al., 1973, citado em Cordioli e Cols., 2002). Esses fatos foram interpretados como apoiando a hipótese de que os rituais eram realizados com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto associado às obsessões. Mais tarde, ainda, Röper e Rachman (1976, citados em Cordioli e Cols., 2002) observaram que os níveis de ansiedade e a necessidade de executar rituais eram menores se um observador estivesse presente.

Rachman et al. (1976), Rachman (1978), Rachman e de Silva (1978), Lickierman e Rachman (1980, ambos citados em Cordioli e Cols., 2002), além de confirmarem as observações anteriores, verificaram que a necessidade de realizar verificações ou lavagens desaparecia espontaneamente após um período que variava entre 15 a 180 minutos, caso os indivíduos se abstivessem de realizar tais rituais. Ainda, observaram que a queda era mais acentuada a cada repetição do exercício. Esse fenômeno foi de extrema importância e, dentro da teoria da Análise do Comportamento, ficou designado como habituação, estabelecendo as bases científicas para a terapia de exposição e a prevenção da resposta (EPR).

Um outro ponto importante e que deve ser mencionado no presente estudo diz respeito ao fato de Rachman e de Silva (1978, citados em Cordioli e Cols., 2002), terem observado que as obsessões “normais” e “anormais” eram semelhantes na forma e indiscutíveis quanto ao conteúdo, significado e afeto associados, ocorrendo em 90% (noventa por cento) da população em geral. Chamaram também a atenção para a função de neutralização das compulsões, observando que tais manobras reduziam o desconforto tanto em indivíduos “normais” como em pacientes clínicos, sendo, portanto, utilizadas por ambos. Para esses autores, as obsessões seriam

pensamentos intrusivos, imagens e impulsos automáticos, involuntários, acompanhados de ansiedade, enquanto que a neutralização (comportamentos manifestos ou encobertos, esquiva) seriam atos voluntários, controlados, que o paciente executa com a finalidade de reduzir sua ansiedade ou o risco de provocar dano. Sugeriram, ainda, que os pensamentos intrusivos (obsessões) poderiam ser estímulos condicionados (condicionamento clássico), enquanto que os pensamentos “normais” seriam, usualmente, estímulos neutros.

Mais recentemente, em uma perspectiva cognitivista, Rachman (1997, citado em Cordioli e Cols., 2002) propôs que as obsessões seriam causadas por interpretações errôneas dos próprios pensamentos, imagens ou impulsos, que os atribuiriam grande significado pessoal, reveladores, desafiadores ou catastróficos, podendo, assim, transformar situações comuns em tormentos. Nesse sentido, as obsessões persistiriam o quanto persistissem as interpretações errôneas, e desapareceriam assim que elas desaparecessem.

Em termos comportamentais, além do já exposto em parágrafos anteriores, pode-se dizer que há também no TOC o seguimento de auto-regras que não especificam uma contingência verdadeira, ou seja, há no Transtorno Obsessivo-Compulsivo uma marcante presença de regras que referem-se a um tipo muito particular de experiência que ocorre em determinado período curto de tempo, que faz com elas especificuem, acidentalmente, uma contingência que não existe (Zamignani & Banaco, 2004). Para o correto entendimento a respeito da afirmação anterior, faz-se necessário, primordialmente, uma breve caracterização do processo de aprendizagem por regras.

A APRENDIZAGEM COMPORTAMENTAL POR REGRAS

Um problema que surge quando se pretende definir regras funcionalmente é que há algumas controvérsias na literatura sobre como as regras funcionam (Albuquerque, 2001). De acordo com Skinner (1980/1982), as regras funcionam como estímulos especificadores de contingência que funcionam como estímulos discriminativos fazendo parte de um conjunto de contingências de reforço. Enquanto alguns autores concordam plenamente com essa definição de Skinner, outros sugerem que as regras funcionam como estímulos alteradores de função e não como estímulos discriminativos.

Sob essa perspectiva de estímulos alteradores de função, os efeitos das regras são atrasados e alteram a função dos estímulos discriminativos, das operações estabeledoras e até mesmo dos estímulos reforçadores e punidores. Por um lado, definir regras como estímulos especificadores de contingências alteradores de função tem as vantagens de estabelecer uma distinção funcional entre regras e estímulos discriminativos e de destacar similaridades funcionais entre regras e contingências. Por outro lado, apresenta a desvantagem de limitar os efeitos de regras a algumas de suas propriedades formais. Um problema maior, no entanto, é que essa definição não considera a possibilidade de algumas regras poderem tanto evocar comportamento quanto alterar as funções de outros estímulos (Albuquerque, 2001). Ainda, há autores que argumentam que as regras podem funcionar como operações estabeledoras, alterando as funções dos estímulos por ela descritos e, ao mesmo tempo, evocando os comportamentos por ela especificados. Albuquerque (2001), no entanto, afirma que as regras não deveriam ser classificadas como operações estabeledoras, pois as mesmas podem exercer funções que as operações estabeledoras, por definição, não exercem.

Devido à existência de diversas definições para o termo, é importante ressaltar que o conceito de regras a ser utilizado na presente monografia é o definido por Skinner (1980/1982), que trata a regra como sendo um estímulo discriminativo verbal indicador de uma contingência, uma relação entre ação e conseqüência que acaba por ser reforçada pelos comportamentos dos ouvintes. Em outras palavras, dizer que a regra indica uma contingência significa afirmar que a verbalização está sob o controle do estímulo, em uma relação contingencial. Nota-se, portanto, que o uso cotidiano da palavra regra é mais limitado do que o significado técnico empregado pelos analistas do comportamento. As regras do cotidiano encaixam-se na categoria “estímulos

discriminativos verbais que indicam uma contingência” (Baum, 1999, p. 160), mas essa categoria também inclui estímulos que nem sempre são chamados de regras no dia-a-dia. Na realidade, todas as instruções são regras e um aspecto muito importante dentro dessa percepção diz respeito ao fato da regra fortalecer um comportamento que somente trará compensações, ou seja, somente será efetivamente reforçado, depois de um certo tempo, de acordo com a relevante contingência a longo prazo que está sendo indicada. Embora o estudo sobre a importância das regras no controle do comportamento humano tenha se iniciado na segunda metade do século XX, sabe-se que as regras existem desde os tempos mais remotos. A Bíblia Sagrada, por exemplo, um dos livros mais antigos da Humanidade, está repleta de regras ou descrições de contingências. No Paraíso, Deus criava a primeira regra para Adão e Eva, indicando o estímulo discriminativo (o fruto da ciência do bem e do mal), a resposta (comer, tocar) e as consequências aversivas caso não obedecessem (Gênesis, 2; 16-17; Bíblia).

Nesse sentido, dizer que um comportamento é governado por uma regra significa dizer que o mesmo está sob o controle do estímulo regra, que é um certo estímulo discriminativo, mais especificamente, um estímulo discriminativo verbal, que pode ser tanto falado quanto escrito (Baum, 1999). A criação de regras é parte da condição de falantes dos indivíduos, uma vez que as pessoas possuem uma forte tendência a fazer as coisas conforme lhe dizem. Talvez, de acordo com Baum (1999), as pessoas sejam tão propensas a seguir regras em parte por serem desde muito cedo expostas a tantas e tão diferentes contingências próximas. Dessa forma, aprender as regras de um falante requer exercer o papel de ouvinte, no qual a maioria das crianças aprende, por intermédio dos pais, a fazer o papel de ouvinte, discriminando, assim, os diversos estímulos com base no comportamento verbal do falante. As regras, então, são verbalizadas pela mãe, pai, outros membros da família e depois por professores e demais indivíduos que fazem parte da comunidade verbal do ouvinte.

Para melhor compreender o comportamento controlado por regras, é de fundamental importância, primeiramente, distingui-lo do comportamento modelado por contingências. O comportamento modelado pelas contingências ambientais pode ser atribuído, exclusivamente, a contingências de reforço e punições não verbalizadas, ou seja, ele é modelado e mantido diretamente por consequências relativamente imediatas, que não dependem de ler ou ouvir uma regra. O comportamento governado por regras, por sua vez, depende, necessariamente, de uma

outra pessoa, o falante, que irá fornecer o estímulo discriminativo regra e, assim, controlar o comportamento do ouvinte.

Segundo Baum (1999), grande parte do repertório comportamental de um indivíduo tem início com uma instrução verbal para depois passar a ser modelado pelas contingências. Seguindo essa linha de raciocínio, pode-se dizer que a primeira aproximação de um determinado estímulo é controlada por regras, mas o “produto final” (Baum, 1999, p. 157) é modelado pelas contingências. Conseqüentemente, seguir regras torna-se uma categoria funcional, uma habilidade generalizada e, à medida que ocorre a generalização, o próprio comportamento de seguir regras torna-se parcialmente controlado por elas. Ainda, vale ressaltar que é essa generalização do seguimento de regras que torna possível as mais diversas variações da cultura.

O comportamento controlado por regras, de acordo com Baum (1999) envolve sempre duas contingências: uma a longo prazo, que é a contingência última e razão primeira da regra e outra a curto prazo, relacionada à contingência próxima do reforço por seguir a regra. Dessa forma, “a regra e reforço próximo, ambos normalmente fornecidos pelo falante, fazem com que o ouvinte se empenhe no comportamento desejado” (Baum, 1999, p. 162). Assim, pode-se afirmar que, enquanto a contingência próxima encoraja o indivíduo a emitir determinado comportamento, a contingência a longo prazo justifica tal emissão. Logo, quando o ouvinte acata uma ordem, pedido ou instrução, o falante, imediatamente, reforça positivamente ou negativamente esse comportamento do ouvinte com aprovações, elogios e reforçadores simbólicos (reforçamento positivo) ou então com a retirada do estímulo aversivo, como uma ameaça, por exemplo (reforçamento negativo). A contingência próxima, portanto, é relativamente óbvia devido ao fato do reforço ser freqüente e imediato e existe por causa da contingência última. A contingência última, por sua vez, embora atue a longo prazo, justifica a contingência próxima, pois incorpora uma relação entre comportamento e consequência que é realmente importante por estar relacionada, geralmente, à saúde, sobrevivência e bem-estar a longo prazo do ouvinte, seus descendentes e sua família. Em suma, “a contingência próxima é como o motor de arranque: põe o comportamento para funcionar a uma taxa suficiente para que a contingência última o mantenha funcionando” (Baum, 1999, p. 165).

As regras, às vezes, vêm em forma de ordens, conselhos, pedidos ou instruções, que também agem como estímulos discriminativos verbais e podem alterar o repertório comportamental dos indivíduos. A ordem é uma regra que é fortalecida pelo reforçamento

liberado pela pessoa que a apresenta, ou seja, quando as conseqüências que mantêm a resposta descrita na regra estão sob o poder do mandante (Albuquerque, 2001). O conselho, por sua vez, é uma regra que é reforçada pelas conseqüências naturais do comportamento de segui-la, sem reforçamento social específico dado pela pessoa que o estabeleceu. De acordo com Baum (1999), as pessoas somente seguem ou pagam bem os conselhos de especialistas, médicos, corretores, advogados e chefes, pois eles podem indicar contingências reforçadoras.

Ainda dentro do contexto das regras, Zettle (1990, citado em Baum, 1999), define as auto-regras, ou autoverbalizações, como sendo estímulos verbais especificadores de contingências, que são produzidas pelo comportamento verbal do próprio indivíduo a quem estas contingências se aplicam. É importante frisar que as auto-regras podem ser tanto explícitas, abertas, públicas quanto implícitas e encobertas, como os pensamentos, por exemplo. Uma vez que o comportamento de formular auto-regras tenha sido adquirido, um conjunto adicional de contingências pode ajudar a manter tal comportamento governado pela auto-regra.

Por fim, na opinião de Baldwin e Baldwin (1986, citados em Albuquerque, 2001), o controle por regras se desenvolveu e as pessoas tendem a impor regras devido a três motivos principais: elas fornecem uma forma rápida de ajudar ou forçar alguém a emitir respostas que são reforçadoras para quem apresenta a regra; elas podem ter efeito imediato onde outros procedimentos falharam, se formuladas de forma adequada; elas facilitam e mantêm a aprendizagem. As regras, portanto, resumem anos de experiência direta, que pode ser passada para outros indivíduos com grande economia de tempo, custos e até mesmo sofrimento inútil (Albuquerque, 2001). A partir do momento que uma pessoa tenha formulado determinada regra e, se essa regra tiver de fato uma relação com a contingência última, ela se propagará de pessoa a pessoa e de grupo a grupo pelo ensinamento por parte do falante a seus ouvintes. Dessa maneira, formular regras e, bem como, segui-las é uma parte fundamental da cultura humana e faz com que o mundo continue.

A importância das auto-regras no Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Com base no exposto no item anterior da presente monografia, nota-se que há uma categoria específica de regras muito presente no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, que são as auto-regras.

Segundo Skinner (1953), a comunidade verbal gera “consciência” quando ensina um indivíduo a descrever seu comportamento (passado, presente e futuro) e a identificar as variáveis das quais esse comportamento é, foi ou será função. A descrição assim gerada ainda não é uma regra, mas tanto a pessoa que realiza a descrição, como seu interlocutor que a ouve podem usar a descrição para ordenar seu próprio comportamento, tomar decisões, formular planos, estabelecer propósitos e metas e, assim fazendo, estarão construindo regras. Ou seja, no momento em que essas descrições passam a controlar outros comportamentos do ouvinte ou daquele que descreve seu comportamento, elas deixam de ser meras descrições e se tornam regras. Quando elas são formuladas ou reformuladas pelos indivíduos cujos comportamentos passam a controlar, diz-se que são auto-regras.

Dessa forma, segundo Jonas (2001), as auto-regras podem ser vistas como estímulos verbais especificadores de contingências que são produzidos pelo comportamento verbal do próprio indivíduo a quem estas contingências se aplicam, podendo elas ser tanto explícitas (públicas) quanto encobertas (pensamentos). Ainda, muitas das regras que guiam nosso comportamento são aprendidas de outros e da mesma maneira que a formulação de uma auto-regra pode ser um problema, problemas podem ocorrer na prática de formulação de regras por uma comunidade verbal. “Culturas e subculturas podem descrever regras ambíguas, inexatas e até mesmo inadequadas para a sobrevivência deste grupo” (Jonas, 2001).

Em um contexto clínico, segundo Hayes, Kohlenberg e Melacon (1989, citados em Meyer, 2005), muitas desordens clínicas envolvem problemas no controle verbal em quatro principais aspectos: problemas do cliente na formulação de auto-regras, problemas nas regras aprendidas, problemas no não-seguimento de regras e problemas no seguimento excessivo de regras.

Formular auto-regras é um repertório importante, especialmente nos casos em que o comportamento gerador de problemas está sob um maior controle das contingências diretas e imediatas, como ocorre na impulsividade (Meyer, 2005). Desordens na formulação de auto-regras

podem ocorrer pelo menos de duas maneiras básicas: a pessoa pode falhar na formulação de regras, quando seria vantajoso fazê-lo e a pessoa pode formular regras, mas o faz de maneira imprecisa ou não realista.

Ainda segundo Meyer (2005), muitas das regras que guiam nosso comportamento são aprendidas de outras pessoas. Problemas podem ocorrer nas práticas de formulação de regras da comunidade verbal em geral. Culturas particulares e subculturas podem falhar no desenvolvimento de regras adequadas ou podem desenvolver regras imprecisas. “Por exemplo, uma subcultura religiosa pode desenvolver regras verbais sobre cura pela fé que proíba seus adeptos de procurarem ajuda médica para doenças que ameacem suas vidas” (Meyer, 2005, p. 220).

Formular regras vantajosas não é suficiente, pois é preciso também aprender a entendê-las e a segui-las. Sem um repertório de ambos os aspectos do seguimento de regras, padrões desordenados de comportamento são prováveis. Uma falha importante de seguimento de regras, que afeta o resultado de psicoterapias, é a chamada resistência do cliente, uma vez que alguns indivíduos que procuram ajuda profissional das mais diversas formas de psicoterapia rejeitam as orientações dadas por seus terapeutas. (Meyer, 2005).

Quando a formulação e/ou seguimento de regras é muito forte, o comportamento pode ser descrito como obsessivo, ansioso, dependente, insensível ou rígido. Nesses casos, o ensino de formulação de regras ou o aumento da insensibilidade às contingências diretas podem piorar o problema (Meyer, 2005). Nesse sentido, segundo Hayes e Ju (1998, citados em Meyer, 2005), diminuir ou evitar o controle por regras seria a estratégia recomendada e, dessa forma, uma importante função da terapia tem sido a diminuição do controle exercido pela aprovação social e o aumento correspondente do controle das contingências naturais. Entretanto, para diminuir o controle pelas regras, não basta ter suficiente experiência, pois algumas regras podem ser apoiadas de maneira generalizada pela comunidade verbal de tal forma que a experiência direta pode não substituir os efeitos das regras. Em outras palavras, se um comportamento foi instalado e está sendo mantido por conseqüências sociais, mesmo existindo conseqüências naturais colaterais, “não será suficiente o terapeuta trabalhar com conseqüências natural ao tentar eliminar um comportamento controlado por regras. Se for desejável modificar ou afetar um comportamento controlado por regras, pode ser preciso mudar a regra.” (Matos, 2001, citada em Meyer, 2005, p.221).

No Transtorno Obsessivo-Compulsivo, transtorno de ansiedade foco da presente monografia, nota-se claramente tanto uma formulação não adequada de auto-regras quanto um seguimento excessivo das mesmas. A primeira das auto-regras excessivamente seguida no TOC é a de que “Eu vou fazer mal para mim mesmo ou para o outro e eu preciso impedir isso” ou “Qualquer influência sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo”, ou seja, o indivíduo com Transtorno Obsessivo-Compulsivo possui uma auto-regra relacionada à responsabilidade excessiva de ter que impedir a emissão de comportamentos que irão prejudicar si mesmo ou outrem. Nessa auto-regra, o indivíduo formula de maneira não adequada uma regra de que possa ser, venha a ser a causa de dano, tanto físico quanto moral, para si ou para os outros a não ser que faça algo para impedir ou reparar. Em outras palavras, a pessoa acredita que possui um poder decisivo para provocar ou para impedir que aconteçam desfechos negativos. É importante frisar, ainda, que esse excesso de responsabilidade pode estar subjacente a vários comportamentos característicos do TOC, tais como: verificações, repetições, lavagens excessivas e dúvidas constantes (Cordioli e Cols., 2002).

Uma outra auto-regra muito presente no TOC é a de que “Se eu pensar isso, isso vai acontecer” ou “Se eu pensei isso, é então porque eu fiz ou quero fazer isso”. Nesse sentido, nota-se que é uma auto-regra ligada ao exagero da importância dos pensamentos, à supervalorização de um determinado pensamento, pois sua mera presença já indica que ele é importante. Nessa auto-regra específica, percebe-se que há dois pensamentos disfuncionais agregados, onde o primeiro deles é a regra que o indivíduo de que pensar em um evento inaceitável ou perturbador aumenta as chances dele acontecer (pensar em um acidente aumenta as chances de que ele ocorra, por exemplo). O segundo pensamento diz respeito à regra que o sujeito tem de que pensar equivale a agir e, portanto, “se eu pensei, eu agi, eu desejo que isso aconteça”. A junção dessas duas regras específicas culmina em um excesso de culpa por parte da pessoa com TOC e reforça os rituais de verificação ou outras manobras de neutralização (Cordioli e Cols., 2002).

Há também no TOC a presença da auto-regra “Se eu tenho pensamentos indesejáveis, significa que eu perdi o controle”. Essa auto-regra é oriunda de uma outra regra relacionada à supervalorização da importância de exercer um controle completo e absoluto sobre os pensamentos (“Se eu pensar a respeito do demônio, eu posso ser condenada por isso”, afinal “É possível ter total controle sobre os pensamentos”, então “Se eu não conseguir parar de pensar no demônio é sinal de que eu estou enlouquecendo e perdendo o controle”).

A auto-regra que a pessoa com TOC tem de que “Eu preciso ter certeza de tudo, pois se eu não tiver certeza absoluta sobre algo é muito provável que eu cometa erros” está muito relacionada à auto-regra da supervalorização do controle. Segundo Cordioli e Cols. (2002), de longa data sabe-se que pacientes com TOC têm mais dificuldades em tomar decisões, parecem ser mais cautelosos, solicitam repetidamente as mesmas informações, necessitam que uma informação ou reassseguramento sejam repetidos, além de terem muitas dúvidas se as suas decisões foram corretas ou não. Cordioli e Cols. (2002) afirmam que as dificuldades de tomar decisão derivam da necessidade de ter sempre certeza de tudo.

Uma outra auto-regra muito comum no Transtorno Obsessivo-Compulsivo está relacionada à certeza que o indivíduo tem de que “Se determinada coisa acontecer, vai acontecer isso (algo horrível) e eu tenho que impedir”. Essa regra diz respeito ao exagero da probabilidade ou da gravidade do dano e/ou do perigo e é a mais comumente relacionada aos rituais de lavagem ou verificação, segundo Cordioli e Cols. (2002). Nota-se que essa auto-regra envolve dois componentes básicos que influenciam e muito o grau de aflição da pessoa com TOC: a superestimação da probabilidade de que um evento catastrófico venha a ocorrer e/ou o grau do seu impacto (“Se a torneira não estiver bem fechada, minha casa pode inundar e eu serei o responsável por isso. Então, tenho que fechá-la”, por exemplo).

Há uma última auto-regra muito presente no Transtorno Obsessivo-Compulsivo relacionada ao perfeccionismo, ao “Não posso errar”. A pessoa com TOC, geralmente evoca pensamentos relacionados à existência de uma solução perfeita para cada problema e que fazer a coisa perfeita não só é possível, como necessário. Nesse sentido, há outras regras agregadas de que “Até mesmo os menores erros têm sérias conseqüências” e “Falhar parcialmente é a mesma coisa do que falhar completamente”. Seguindo essa linha de raciocínio, percebe-se claramente que os indivíduos com TOC possuem uma auto-cobrança extremamente elevada, onde suas metas não só são muito difíceis de serem cumpridas como, muitas vezes, chegam a ser inatingíveis e, assim, tornam-se potenciais fontes geradoras de tensão (Cordioli e Cols., 2002).

Após esse apanhado de informações comportamentais sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, segue abaixo um quadro ilustrativo a respeito da análise funcional do transtorno em questão.

Tabela 1: Quadro referente à Análise Funcional do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

ANTECEDENTES (S)	COMPORTAMENTOS (R)	CONSEQÜENTES (S ^R)
<ul style="list-style-type: none"> - ameaça de contaminação; - ameaça de prejudicar alguém; - ameaça de perigo a alguém querido; - ameaça de acidentes catastróficos; - ameaça de ter tido alguma participação em um desfecho negativo; - auto-regras errôneas 	<ul style="list-style-type: none"> - comportamentos de fuga e/ou esquiva; - rituais de neutralização (compulsões): - se lavar; - se limpar; - verificar determinadas coisas; - repetir informações - colocar objetos em ordem 	<ul style="list-style-type: none"> - evitação ou remoção dos estímulos aversivos (reforçamento negativo); - elogios sociais e atenção (reforçamento positivo)

Com base em todo o exposto nessa seção, percebe-se que há uma inadequação muito grande entre as auto-regras formuladas e excessivamente seguidas pelos indivíduos com TOC e a realidade. Muitas vezes trata-se de pensamentos obsessivos regidos por regras que nem ao menos correspondem com a realidade física do ambiente. Além das auto-regras terem sido mal formuladas, não descrevendo uma relação contingencial compatível com a realidade, elas ainda são extremamente seguidas pelos sujeitos com TOC. Nesse sentido, uma intervenção comportamental eficaz não pode de maneira alguma desconsiderar a importância desse rígido seguimento de regras, que deve ser encarado como mais uma variável ambiental a ser investigada e, bem como, trabalhada. Eis, portanto, no capítulo que se segue uma proposta de intervenção comportamental em quadros de TOC.

INTERVENÇÃO - A PSICOTERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Desde o início do século vinte foram feitas tentativas isoladas de aplicar os princípios do condicionamento pavloviano a problemas clínicos. No entanto, a distância entre o pesquisador de laboratório e o terapeuta fez necessário aguardar a década de 50 para um real início de reconciliação, quando os trabalhos de Wolpe e da escola inglesa, liderados por Eysenck, adquiriram suas merecidas importâncias (Neto & Andrade, 1998, citados em Cordioli, 1998). Nesse sentido, durante a primeira metade do referido século, em termos de avanço científico, nenhum outro campo de conhecimento permaneceu mais estagnado que a terapia comportamental (Wolpe, 1981).

De acordo com Wolpe (1981), embora o terapeuta comportamental aplique deliberadamente os princípios de aprendizagem em suas operações terapêuticas, suas prescrições envolvendo o comportamento são tão antigas quanto a civilização, quando o homem pela primeira vez fez coisas para promover o bem-estar de outros homens. No âmbito da Psicologia, a terapia comportamental é facilmente confundida com uma de suas partes, a modificação do comportamento, que consiste na aplicação dos princípios do condicionamento operante na clínica. Ainda, leigamente, é muito associada a técnicas aversivas, como o uso de punições por meio de choques elétricos para eliminar um comportamento indesejado. Segundo Neto & Andrade (1998, citados em Cordioli, 1998), tais distorções provocadas pelas limitações ao acesso de informações dificultaram a aceitação da terapia comportamental, prejudicando, assim, os doentes que poderiam se beneficiar com as suas técnicas.

Bouchar e Cols. (1977, citados em Cordioli, 1998, p. 199), definem a terapia comportamental como sendo “a aplicação do conjunto dos conhecimentos psicológicos, adquiridos segundo os princípios da metodologia científica, à compreensão e solução de problemas clínicos”, na qual esses conhecimentos psicológicos são oriundos das teorias de aprendizagem e da prática clínica. Nesse sentido, a elaboração da orientação terapêutica segue os preceitos do método científico na análise e mensuração dos problemas do paciente, na adaptação das técnicas e métodos aos seus problemas específicos, na avaliação dos resultados do tratamento e na depuração das técnicas ao essencial. Em outras palavras, o clínico, ao fazer uso da terapia comportamental, fundamenta-se em um corpo de conhecimentos já verificados empiricamente.

Caballo (2003) afirma que a terapia do comportamento sempre tem incluído os elementos cognitivos como uma parte da sua teoria básica e, dessa forma, denominar a terapia comportamental de terapia cognitivo-comportamental é, até certo ponto, redundante, uma vez que todos os tratamentos comportamentais utilizam estratégias cognitivas. Apesar de redundante, vale ressaltar que caracterizar a presente terapia como sendo uma terapia cognitivo-comportamental tem a grande vantagem de dificultar o ignorante e errôneo entendimento de que a terapia comportamental não contempla os elementos cognitivos essenciais.

Tratando-se, então, de uma terapia analítico-comportamental, percebe-se, claramente, que a mesma está mais em voga hoje em dia do que nunca havia estado antes. A impressão é de que a grande maioria dos profissionais da saúde reconhece que, para muitos transtornos psicológicos, os procedimentos comportamentais são extremamente válidos e eficazes (Caballo, 2003). Segundo Corey, G (1983), o objetivo geral da terapia analítico-comportamental é criar novas condições para aprendizagem e seu fundamento lógico é o de ser todo comportamento aprendido, inclusive o comportamento inadaptado ou disfuncional. A terapia analítico-comportamental consiste, portanto, essencialmente, em um processo de eliminação da aprendizagem não-adaptativa e de provimento de experiências de aprendizagem, enquanto as repostas apropriadas não tenham sido completamente aprendidas. De uma forma mais geral, segundo Sénéchal-Machado (2002, citado em Teixeira, Assunção, Starling & Castanheira, 2002), o objetivo da terapia analítico-comportamental é de criar novas condições de aprendizagem de estratégias funcionais de ação e, conseqüentemente, de avaliação e correção, buscando, assim, eliminar os comportamentos disfuncionais.

Como mencionado anteriormente, parte das técnicas utilizadas na terapia comportamental é oriunda das teorias da aprendizagem, enquanto que outros conhecimentos são advindos da prática clínica. Algumas das técnicas derivadas das teorias da aprendizagem são: o reflexo condicionado de Pavlov e o condicionamento respondente, o comportamento operante e a aprendizagem social.

O reflexo condicionado, segundo Neto & Andrade (1998, citados em Cordioli, 1998), ocorre quando um estímulo neutro é sincronizado com outro desencadeante do reflexo incondicionado e, para que essa sincronização aconteça, é necessário contigüidade e correlação entre os estímulos incondicionados e os neutros, já que ocorrerá a extinção se o estímulo condicionado passar a ocorrer sem o acompanhamento do incondicionado. Há três possibilidades

teóricas de uso clínico do conceito de reflexo condicionado: o condicionamento de um novo estímulo a uma resposta antiga, o condicionamento de uma nova resposta a um estímulo antigo e a mudança das características de um determinado estímulo.

O comportamento operante foi estudado por Skinner (1982), que descreveu suas leis e características fundamentais, tais como o encadeamento, a modelagem, os estímulos discriminativos, entre outras. O fato de um comportamento ser operante, nesse sentido, significa que a resposta age ou interage no ambiente de modo a modificá-lo e que, bem como, as conseqüências desse comportamento retroagem sobre ele e, assim, altera a probabilidade ser emitido novamente. Logo, se a presença de determinada conseqüência aumenta a freqüência de um comportamento, ela é denominada de reforço positivo. No entanto, se é a sua retirada que aumenta a freqüência da resposta, ela é denominada de reforço negativo. Ainda, é importante ressaltar que os reforços podem ser primários ou secundários, nos quais os reforços primários são os necessários à sobrevivência do organismo e os secundários são aqueles que adquiriram a qualidade de reforço devido à associação dos mesmos com os reforços primários.

Nota-se que os reforços secundários são os mais importantes na aprendizagem e incluem tanto os reforços sociais, como elogios, afetos e contatos físicos, quanto o dinheiro (Neto & Andrade, 1998, citados em Cordioli, 1998). O modelo operante é muito útil na clínica, especialmente quando se identifica um problema fruto da administração errada de reforços e, nesse sentido, o terapeuta atua orientando mudanças no modo de administração dos reforços, tornando-os mais eficazes, adequando sua freqüência, latência e qualidade.

Paralelamente ao processo de reforçamento, há o processo de punição, na qual, em vez das conseqüências aumentarem a freqüência de um determinado comportamento, elas diminuem. Quando há uma diminuição na freqüência de uma resposta devido a conseqüências aversivas que essa provoca no ambiente, trata-se de uma punição positiva. Em contrapartida, quando a diminuição da freqüência de um comportamento ocorre devido à remoção de conseqüências reforçadoras no ambiente, ocorre a chamada punição negativa.

Em relação à aprendizagem social, Bandura (1979) mostra que boa parte do comportamento humano é adquirida por meio da imitação que, quando associada a reforços inadequados em família, por exemplo, podem originar desvios importantes. Na prática clínica esses princípios são úteis, principalmente, no tratamento de fobias em crianças e, até mesmo, no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, quadro em questão da presente monografia. Percebe-se que

no TOC muitos dos clientes somente conseguem enfrentar a situação aversiva após observarem o terapeuta fazê-lo.

Após esse breve apanhado sobre as técnicas comportamentais oriundas das teorias de aprendizagem, faz-se necessário descrever também algumas das técnicas utilizadas nessa terapia advindas da prática clínica, tais como a exposição, o treino de auto-afirmação, o treino de habilidades sociais e o relaxamento.

Segundo Wolpe (1981), a dessensibilização sistemática é um dos diversos métodos para derrubar hábitos neuróticos de resposta de ansiedade gradativamente segundo o modelo da terapia de neuroses experimentais, no qual um estado fisiológico inibitório de ansiedade é induzido no paciente por meio do relaxamento muscular e, posteriormente, exposto a um estímulo fraco de eliciação da ansiedade. A exposição é, então, repetida diversas vezes até que o estímulo perca completamente a sua capacidade de eliciar a ansiedade.

O treino de auto-afirmação consiste em preparar o paciente para expressar de modo claro, assertivo e adequado seus pensamentos, vontades e emoções, melhorando sua interação social, defendendo seus direitos legítimos, recusando-se a ceder diante de exigências descabidas ou não razoáveis (Neto & Andrade, 1998, citados em Cordioli, 1998). Talvez, esse seja o problema mais freqüente entre os que procuram a psicoterapia.

De acordo com Caballo, V. (2003), o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) se adere a um enfoque comportamental de aquisição de respostas, ou seja, normalmente concentra-se na aprendizagem de um novo repertório de respostas. No treinamento de habilidades sociais, avalia-se onde estão as principais dificuldades de interação social, uma vez que muitos clientes simplesmente não adquiriram por meio da aprendizagem os fundamentos mínimos que possibilitam uma boa convivência social. Há, ainda, aquelas pessoas que perderam essas capacidades, tais como os pacientes com esquizofrenia crônica. Essa técnica tem como objetivos, além de avaliar as principais dificuldades, desenvolver exercícios de modelação, dramatização e treino em situações reais.

Por fim, de acordo com Neto & Andrade (1998, citados em Cordioli, 1998), uma das técnicas de relaxamento mais utilizada atualmente em um contexto clínico é a desenvolvida por Jacobson, por meio do qual o paciente aprende sistematicamente a perceber e avaliar suas tensões nos mais diversos grupos musculares, criando progressivamente um relaxamento profundo. Geralmente, o primeiro treino do relaxamento é feito sob a supervisão do paciente, mas o intuito

é possibilitar um auto-aprendizado por parte do cliente sobre o treino, o que permite que ele mesmo utilize a técnica fora do set terapêutico, quando ele necessitar.

Após essa breve descrição sobre algumas técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental, é importante mencionar como deverá ser a postura do terapeuta, independente da demanda que surja em sua clínica. Assim, é necessário que o terapeuta comportamental tenha empatia, calor humano, interesse, entre outras qualidades. O primeiro passo do analista do comportamento é a análise comportamental, quando, por meio de anamnese, informação de terceiros, uso de diários, escalas e instrumentos diagnósticos, procura conhecer a pessoa e operacionalizar seus problemas. Ainda por meio dessa análise comportamental, também chamada de análise funcional, determina-se com cuidado todos os estímulos desencadeantes, os comportamentos disfuncionais, sejam eles motores, fisiológicos ou cognitivos e as conseqüências do comportamento em questão.

Após realizada a análise comportamental, define-se quais foram os problemas detectados e os objetivos do tratamento, que deverão ser formulados de modo claro, sendo práticos e importantes para o paciente. As técnicas específicas, por sua vez, são utilizadas conforme as necessidades detectadas, planejando-se tarefas e passos graduais que são realizados com o terapeuta e durante a semana em casa. Algumas vezes, no entanto, pode ser necessária uma supervisão mais próxima por meio de um profissional ou acompanhante treinado.

Por fim, periodicamente, o progresso do tratamento deve ser avaliado, para que as medidas necessárias a efetivá-lo sejam adotadas. Devido ao fato dos objetivos serem operacionalizados, são utilizados diários, escalas e observação de acompanhantes para implementar a avaliação, anotando-se a frequência dos exercícios, sua duração, o grau de desconforto que está sendo vivenciado e, bem como, os problemas que ainda estão presentes.

Uma vez caracterizada a terapia comportamental, é de fundamental importância esclarecer como ocorre a sua aplicação no transtorno psicológico foco da presente monografia: o TOC.

A Terapia Analítico-Comportamental no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Até bem pouco tempo, o TOC era considerado um transtorno de difícil tratamento, pois os recursos que se dispunha eram muito pouco efetivos. Felizmente, a situação melhorou e hoje, segundo Cordioli (2004), mais de 70% (setenta por cento) dos pacientes tratados conseguem reduzir ou até eliminar os sintomas por completo. Os tratamentos modernos para o TOC consistem na administração de medicamentos do grupo dos antidepressivos (serotonina, por exemplo), das terapias comportamental ou cognitiva ou, ainda, da junção das duas últimas, a chamada terapia cognitivo-comportamental.

A terapia comportamental foi introduzida no tratamento do TOC no final da década de 60, início dos anos 70, e baseia-se na constatação de que, se os pacientes enfrentam seus medos, expondo-se por tempo prolongado às situações que evitam ou tocando nos objetos que consideram contaminados (técnica de exposição), e também se abstêm de realizar os rituais de descontaminação ou as verificações (técnica de prevenção de respostas), em pouco tempo a ansiedade e o desconforto, bem como a necessidade de realizar rituais, desaparecem espontaneamente. Ainda, a terapia comportamental é também chamada de terapia de exposição e prevenção de resposta devido ao fato dela fazer uso da exposição e da prevenção da resposta para provocar no indivíduo o fenômeno da habituação, que consiste na “diminuição gradual e espontânea dos sintomas quando se permanece repetidamente em contato com situações ou objetos que provocam medo e que, de fato, não são perigosos” (Cordioli, 2004, p.47).

O trabalho de Meyer (1966, citada em Cordioli, 2004), com base nas técnicas de dessensibilização de Wolpe, tratou com sucesso dois pacientes com rituais e obsessões, mas, no entanto, como mencionado no parágrafo anterior, foi apenas na década de 70 que foram realizados ensaios clínicos mais sistemáticos a fim de testar a eficácia de técnicas como modelação, prevenção de respostas, exposição gradual, implosão (exposição ao estímulo ou situação mais temida de uma lista hierárquica) no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos (Cordioli, 2004).

Ainda, dois estudos realizados em ambiente hospitalar, com um número maior de pacientes, foram pioneiros no uso intensivo da terapia EPR (exposição e prevenção da respostas). Em 1974, Meyer e colaboradores trataram com sucesso quinze pacientes, a maioria com

compulsões de limpeza, utilizando técnicas de exposição, prevenção de resposta, modelação e reforço social.

No ano seguinte, Marks e colaboradores (1975, citados em Ito & Cols., 1998), fazendo uso das mesmas técnicas, trataram, durante quatro a doze semanas, vinte pacientes obsessivo-compulsivos crônicos, portadores de rituais, e obtiveram resultados igualmente favoráveis, tendo sido definitivamente comprovada a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves, que passaram a partir dos anos 80 a ser um dos tratamentos de escolha para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Nesse sentido, a terapia de exposição e prevenção da resposta ainda é a terapia mais testada e a que está sendo utilizada há mais tempo no tratamento do TOC, considerada a mais simples de entender, embora nem sempre seja fácil colocá-la em prática. De acordo com Araújo (1998, citado em Ito & Cols., 1998), a técnica de exposição consiste, basicamente, em colocar o cliente na situação desencadeante da ansiedade e lá permanecer até que os sintomas físicos e as sensações desagradáveis diminuam de intensidade (habituação). A repetição sistemática do procedimento não só diminui a intensidade dos sintomas, mas também desconfirma as expectativas negativas do paciente a respeito das conseqüências. A prevenção de resposta, por sua vez, complementa o tratamento, impedindo que o paciente ritualize e se exponha à ansiedade da forma mais completa possível.

Desenvolvendo melhor essa linha de raciocínio, a terapia comportamental parte do princípio de que os sintomas do TOC decorrem de medos ou de reações de desconforto que o paciente adquiriu ao longo da vida e que aprendeu a reduzir ou a eliminar mediante a realização de rituais ou evitações. No entanto, ao mesmo tempo em que essas manobras reduzem essas reações de desconforto, elas reforçam o comportamento disfuncional e, assim, ajudam a manter o transtorno. Dessa forma, o objetivo da terapia comportamental é levar o indivíduo a perder seus medos, promovendo, com isso, o desaparecimento das obsessões e da necessidade de executar os rituais.

Dessa maneira, a terapia comportamental se baseia, fundamentalmente, na constatação de que os medos podem desaparecer por completo por meio do fenômeno da habituação, já citado anteriormente e que ocorre sempre que a pessoa permanece em contato com o estímulo aversivo, quando de fato não representam perigo algum, e as reações físicas e emocionais desaparecem espontaneamente (técnica da exposição + técnica da prevenção de resposta).

A primeira das duas técnicas comportamentais mais utilizadas no TOC, a técnica de exposição, é o principal recurso utilizado para o paciente com o Transtorno perder seus medos, consistindo no contato direto (ou no nível da imaginação) com objetos, lugares ou situações que não são perigosos, mas dos quais se tem medo ou que provocam desconforto e são, portanto, evitados. O efeito principal da exposição é um aumento instantâneo da ansiedade, que pode chegar a níveis bastante elevados nos primeiros exercícios, mas que, em seguida, começa a diminuir paulatinamente, até desaparecer (Araújo, 1998, citado em Ito & Cols., 1998). Nesse sentido, a cada exercício, os níveis de ansiedade são menores e a necessidade de realizar rituais também diminui, podendo desaparecer por completo.

Ainda a respeito da técnica de exposição, ela pode ser feita *in vivo*, quando há um contato físico direto com objetos, móveis, roupas, partes do corpo ou com qualquer que seja o estímulo aversivo, ou na imaginação, provocando intencionalmente a lembrança de pensamentos, frases, palavras, números, imagens ou cenas consideradas horríveis, normalmente mantidas afastadas de qualquer tipo de contato. É importante frisar que períodos longos de exposição são mais efetivos do que exposições breves e interrompidas. Dessa maneira, o ideal é que os exercícios durem entre uma e duas horas diárias (no mínimo, 45 minutos) ou até a ansiedade desaparecer por completo (Cordioli, 2004).

A exposição também pode ser feita por meio de um exercício de modelação, com a realização de exposições pelo terapeuta, no próprio consultório, diante do paciente, enquanto este ou apenas observa (modelação passiva) ou também participa (modelação ativa). Nota-se claramente na utilização concomitante da exposição e da modelação o fundamento da aprendizagem social, citada no subitem anterior, na qual muitas pessoas acabam por perder seus medos por observar os outros. No caso do TOC, especificamente, o paciente pode perder medos ao observar outras pessoas, inclusive o terapeuta, lidando com os objetos ou situações aversivos sem sentirem medo. Segundo Vandenberghe (2001), muitas vezes há uma variedade de obsessões ou estímulos que eliciam ansiedade e, nesse caso, é aconselhável que o terapeuta comportamental trabalhe com uma hierarquia limitada a três ou quatro itens que eliciem a ansiedade.

A técnica de prevenção de resposta é o ato de se abster da execução de um ritual, de uma compulsão privada ou de quaisquer manobras destinadas a reduzir ou a neutralizar a ansiedade, o desconforto ou o medo que acompanham as obsessões (Vandenberghe, 2001). Como exemplo dessa técnica, o cliente deveria abster-se de lavar as mãos ou o corpo após tocar em determinados

objetos, não deve realizar contagens, não deve lavar as torneiras antes de usá-las e não repetir ações, palavras ou frases. Ou seja, é a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais ou da adoção de comportamentos evitativos, manifestos ou encobertos, ou quaisquer manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos associados às obsessões. Em outras palavras, o cliente com TOC deverá abster-se de suas excessivas verificações, de lavar em demasia suas mãos, de alinhar objetos, de repetir perguntas ou de fazer certas coisas em uma determinada ordem.

Um ponto muito importante e que deve ser mencionado a respeito da técnica EPR diz respeito ao fato de que, como a EPR é uma técnica que exige o contato com os estímulos aversivos para que ocorra a habituação, há o risco de que a própria situação de terapia adquira propriedades de estímulo aversivo condicionado, levando a respostas de esquiva e, conseqüentemente, inviabilizando a aderência ao tratamento. Dessa maneira, é importante que haja uma relação reforçadora estabelecida antes do início de suas aplicação. Além disso, são imprescindíveis a explicação clara de todas as etapas da técnica para o cliente e, bem como, o cuidado para que nenhuma etapa da técnica seja aplicada sem a informação prévia ao cliente.

Por fim, a técnica de exposição e prevenção de respostas pode ser ainda melhor implementada se o terapeuta levar em consideração a importância dos reforçadores positivos na manutenção de respostas alternativas às respostas ansiosas. A aplicação da técnica, portanto, pode ser mais efetiva em situações nas quais o cliente possa ter acesso a reforçadores naturais produzidos pela resposta de enfrentamento, uma vez que acredita-se que a ampliação do contato do cliente com eventos reforçadores é também um objetivo importante para que respostas alternativas às respostas ansiosas sejam devidamente instaladas (Zamignani & Banaco, 2004).

Mesmo a terapia da EPR sendo a mais utilizada em um tratamento comportamental do TOC, seria uma grande imprudência a autora da presente monografia não mencionar as demais técnicas que existem no referido tratamento. A modelação, por exemplo, técnica comportamental muito eficaz no tratamento do TOC, caracterizando-se pela realização por parte do terapeuta de exercícios de demonstração de EPR diante do paciente, uma vez que a simples observação de outras pessoas executando tarefas consideradas de risco é uma forma de reduzir ou de, até mesmo, desaprender os medos (Cordioli, 2004). Nesse sentido, o terapeuta pode ter em seu consultório um caixa de objetos considerados aversivos pelo o cliente com os quais pode fazer determinadas demonstrações que indiquem que a regra que o cliente tem a respeito daqueles objetos (deles serem contaminados, por exemplo) foi erroneamente formulada. Ainda, os

exercícios servem para ilustrar de forma didática o fenômeno da habituação, uma vez que, geralmente, a ansiedade se intensifica no começo das sessões, mas desaparece rapidamente no final das mesmas.

Segundo Vandenberghe (2001), o tratamento do TOC é, geralmente, muito facilitado quando o terapeuta trabalha com as regras falsas do cliente. Nesse sentido, uma outra atuação importante do terapeuta comportamental no tratamento do TOC está relacionada ao fato do mesmo buscar, ao longo das sessões, questionar determinadas regras que o seu cliente possui a respeito das situações aversivas por ele temidas e, bem como, reformula-las, já que elas estão causando sofrimento ao cliente. Como já mencionado na presente monografia, as regras, mais especificamente as auto-regras, possuem um papel fundamental na aquisição e manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos, uma vez que representam distorções na maneira do cliente perceber e interpretar sua realidade. Nesse sentido, segundo Cordioli (2004), o terapeuta deve incentivar o paciente a se comportar como um cientista, onde, inicialmente, deve considerar as suas regras não como verdadeiras, mas como meras hipóteses em relação às quais deve testar as evidências favoráveis ou contrárias. Além disso, o cliente deve, ainda, levantar hipóteses alternativas que, por sua vez, também serão testadas, descartando, depois do experimento, as que não se confirmarem.

Um terapeuta comportamental, por exemplo, atende um cliente com TOC e, devido a uma boa operacionalização da queixa de seu cliente, consegue identificar que a principal obsessão do mesmo está relacionada ao medo excessivo de contaminar-se e, para evitar tal contaminação, ele realiza rituais de lavar as mãos sempre 15 vezes antes de fazer qualquer refeição, pois, caso não as lave, será contaminado pelos germes presentes em sua comida. Nota-se nesse exemplo, claramente, a presença da regra “se eu não lavar minhas mãos 15 vezes antes de qualquer refeição, eu me contaminarei com os germes da comida” e, mais do que isso, é possível perceber também uma inadequação dessa regra com a realidade, uma vez que é pouco provável o cliente se contaminar com os germes da comida por não ter lavado suas mãos 15 vezes antes das refeições. Essa regra traz sofrimento, pois o cliente se sente extremamente ansioso e destina muito do seu tempo diário para a realização desse ritual. Em uma perspectiva comportamental, a técnica da EPR seria amplamente utilizada nesse caso, segundo a qual o cliente deve se expor, gradualmente, às situações aversivas (refeições) e prevenir suas respostas disfuncionais (lavar as mãos 15 vezes – ritual). O objetivo da EPR é, portanto, possibilitar o processo de habituação, no

qual, devido às sucessivas exposições do cliente às situações aversivas, o nível de sua ansiedade seria significativamente reduzido e, até mesmo, eliminado. No entanto, paralelamente a todo esse processo de habituação, ocorre também a reformulação dessa regra, uma vez que, à medida que o cliente se expõe à situação aversiva (refeições), não realiza o ritual (lavar as mãos 15 vezes) e percebe que o que ele teme de fato não acontece (contaminação por germes da comida), ele começa a questionar a adequação de suas regras à realidade e, assim, reformula-las. Obviamente, o terapeuta tem um papel essencial nesse processo de reformulação de regras, pois é a pessoa que irá questionar a adequação das regras de seu cliente com a realidade e, bem como, ensinar ele a questioná-las também, fora do set terapêutico.

Um último aspecto muito importante no tratamento comportamental do TOC diz respeito à extensão do mesmo aos familiares do cliente. De acordo com Cordioli (2004), o TOC é um transtorno cujos sintomas, geralmente, têm um forte impacto sobre a família, interferindo nos momentos de lazer, nos compromissos sociais e no trabalho. Muitas vezes, para evitar maiores conflitos, os membros da família acabam se acomodando aos sintomas e às exigências do paciente, reforçando erroneamente seus rituais e os comportamentos evitativos. Ainda, tal acomodação pode ser exteriorizada sob a forma de discussões irritadas, brigas e até agressões físicas, que podem culminar no abandono por parte do cliente da terapia.

Assim como os próprios pacientes, os familiares, em geral, também desconhecem as manifestações do TOC, sua etiologia e seus possíveis tratamentos. É importante frisar que não necessariamente as sessões terapêuticas devem ser conjuntas, mas, caso os sintomas sejam graves e provoquem desequilíbrios consideráveis na estrutura familiar, pode ser que todas as sessões sejam realizadas em conjunto com os familiares do cliente. De qualquer maneira, o tratamento deve buscar o esclarecimento por parte dos familiares a respeito das variáveis que controlam os comportamentos obsessivo-compulsivos de seu membro, incentivando sempre a paciência com o mesmo e não sua ridicularização ou humilhação. Ainda, o terapeuta deve orientar direta ou indiretamente (por meio de seu cliente) os familiares no sentido de não estimular os rituais compulsivos ou os comportamentos evitativos (fuga/esquiva) de seu cliente, uma vez que tal estimulação reforça esses comportamentos, em vez de extingui-los.

Em suma, o tratamento comportamental do TOC deve buscar ensinar educativamente ao cliente todo o mecanismo que controla seu transtorno. Esse esclarecimento por parte do terapeuta é de fundamental importância, uma vez que permite ao cliente, mesmo após o término da terapia,

lidar sozinho com possíveis episódios de recaída, isolados e de curta duração do TOC, sem sofrimento e sem ter que procurar terapia novamente. Em outras palavras, além do uso das técnicas comportamentais, a terapia deve estimular no cliente a sua autonomia, de forma que o mesmo seja capaz de identificar as variáveis ambientais que controlam seus comportamentos obsessivo-compulsivos e, bem como, modifica-las em prol de uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em todo o exposto ao longo da presente monografia, algumas conclusões podem ser feitas. Primeiramente, nota-se que são extremamente importantes o estudo e a investigação psicológica a respeito do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, pois trata-se de um transtorno psicológico bastante comum, estando entre as dez maiores causas de incapacitação do ser humano, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Ainda, embora as pessoas portadoras tenham suas vidas gravemente comprometidas pelos sintomas, grande parte delas nunca foi diagnosticada e, muito menos, tratada.

Um outro ponto a ser destacado nessa seção do trabalho diz respeito ao fato de que, até o presente momento, ainda não foram esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Dessa maneira, há tanto evidências que apontam para causas de ordem biológica, quanto evidências que corroboram hipóteses de causalidade psicológica. Independente de qual explicação é mais plausível, o fato é que o TOC é um transtorno de ansiedade e, portanto, possui tanto sintomas fisiológicos quanto psicológicos. Logo, um tratamento que englobe tanto intervenções medicamentosas quanto terapêuticas não deve de maneira alguma ser descartado. Frisa-se, assim, a importância de um trabalho em conjunto entre psicólogos e psiquiatras, no qual ambos devem unir seus conhecimentos em prol da melhoria da qualidade de vida dos seus clientes.

Nota-se que a aprendizagem por regras tem um papel fundamental na aquisição e manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos, uma vez que o cliente as formula muitas vezes de forma disfuncional, não condizendo com sua realidade atual, e, bem como, as segue estritamente e excessivamente. Nesse sentido, o terapeuta comportamental, portanto, deve incentivar seu cliente obsessivo-compulsivo a se expor às contingências ambientais que o cercam, de forma que esse possa verificar a compatibilidade entre suas regras e a realidade na qual está inserido e, bem como, em conjunto com o terapeuta, questioná-las e reformulá-las.

É válido ressaltar, dentro das intervenções terapêuticas, a extrema importância e eficiência que a terapia analítico-comportamental possui no tratamento do TOC, consistindo em um tratamento breve, que proporciona ao cliente aprender de forma objetiva a identificar formas erradas de avaliar e interpretar a realidade e, bem como, aprender estratégias para corrigir esses erros. Dessa maneira, conclui-se que a abordagem terapêutica comportamental é a mais eficaz no tratamento do transtorno em questão.

A autora da presente monografia acredita que é de fundamental importância o psicólogo, profissional da saúde e formador de opinião, buscar estar sempre atualizado a respeito dos transtornos psicológicos que acometem a população em geral e, dessa maneira, fazem-se necessárias a humildade do mesmo para reconhecer suas limitações, tanto acadêmicas como emocionais, e a sensibilidade para perceber a demanda de cada cliente. E, por fim, é importante a união de todos os profissionais da saúde, pois somente essa união será capaz de proporcionar a qualidade de vida que todo cidadão merece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, L.C. (2001). Definição de Regras. Em Guilhardi, Madi, Queiroz & Scoz (orgs.). Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade. Vol. 07. São Paulo: ESETec
- Araújo, L.A. (1998). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em Ito, L.M & Cols. Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: ARTMED
- Bandura, A. (1979). Modificação do comportamento. Rio de Janeiro: Interamericana
- Baum, W.M. (1999). Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura. Cap. 08. Porto Alegre: ARTMED
- Bíblia Sagrada (1988). 62ª edição. São Paulo: Ave Maria (Trad. dos originais pelo Centro Bíblico Católico em 1957)
- Caballo, V.E. (2003). Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos. São Paulo: Santos Editora
- Castanheira, S. (2001). Regras e aprendizagem por contingências sempre e em todo lugar. Em Guilhardi, Madi, Queiroz & Scoz (orgs.). Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade. Vol. 7. São Paulo: ARBytes
- Catania, A. C. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: ARTMED
- Cordioli, A.V., Braga, D.T., Margis, R., Souza, M.B. & Kapezinski, F. (2002). Crenças Disfuncionais e o Modelo Cognitivo-Comportamental, no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre

- Cordioli, A.V. (1998). Psicoterapias Abordagens Atuais. Porto Alegre: ARTMED
- Cordioli, A.V. (2004). Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo – manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: ARTMED
- Corey, G. (1983). Técnicas de Aconselhamento e Psicoterapia. Rio de Janeiro: Campus
- Costa, N. (2000). Comportamento encoberto e comportamento governado por regras: os cognitivistas tinham razão? Em Kerbauy, R.R (org.). Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol. 05. São Paulo: ESETec
- Cunha, R.N. & Isidro-Marinho, G. (2005). Operações Estabelecedoras: um conceito de motivação. Em J. Abreu-Rodrigues & M.R Ribeiro (orgs.). Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação. Porto Alegre: ARTMED
- Jonas, A.L. (2001). O que é auto-regra? Em R.A Banaco (org.). Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista. Vol. 01. Santo André: ESETec
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV – TR (2002). Porto Alegre: ARTMED
- Meyer, S.B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M.R. Ribeiro (orgs.). Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação. Porto Alegre: ARTMED
- Nico, Y. (1999). Regras e Insensibilidade: conceitos básicos, algumas considerações teóricas e empíricas. Em Kerbauy, R.R. e Wielenska, R.C. (orgs.). Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Vol. 04. Santo André: ARBytes

Skinner, B.F. (1966/1980). Contingências de Reforço – Uma Análise Teórica (R. Moreno Trad.)
Em coleção: Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural (Trabalho original publicado em 1966)

Skinner, B.F. (1953). Ciência e comportamento humano. (R. Moreno Trad.) Em coleção: Os
pensadores. São Paulo: Abril Cultural

Skinner, B.F. (1981). A matter of consequences (R. Moreno Trad.) Em coleção: Os Pensadores.
São Paulo: Abril Cultural

Skinner, B.F. (1982). Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Cultrix (original publicado em 1974)

Teixeira, A.M.S., Assunção, M.R.B., Starling, R.R. & Castanheira, S.S. (2002). Ciência do
Comportamento - conhecer e avançar. Santo André: ESETec

Vandenberghe, L. (2004). A Análise Funcional. Em Brandão, M.Z., Conte, F.C., Brandão, F.S.,
Ingberman, Y.K., Silva, V.L. & Oliani, S.M. (orgs.). Sobre Comportamento e Cognição:
Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do
Terapeuta. Vol. 13. São Paulo: ESETec

Vandenberghe, L. (2004). A terapia comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em
Kerbauy, R.R. (org.). Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a
ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol. 05. São Paulo: ESETec

Wolpe, J. (1981). Prática da Terapia Comportamental. São Paulo: Brasiliense

Zamignani, D e Banaco, R.A (2004). Um panorama Analítico-Comportamental sobre os
Transtornos de Ansiedade. Santo André: ESETec