

## A intervenção Terapêutica da Análise do Comportamento no TOC

KAIRON PEREIRA DE ARAÚJO SOUSA\*

*Os principais problemas enfrentados hoje  
pelo mundo só poderão ser resolvidos se  
melhorarmos nossa compreensão do  
comportamento humano  
(Skinner, 1974).*

### Resumo

O TOC é um transtorno psiquiátrico que afeta substancialmente a vida do portador, comprometendo sua rotina diária, interferindo em áreas como trabalho, escola, universidade e até mesmo nas relações sociais. Isso decorre pelo fato dos sintomas obsessivo-compulsivos tomarem boa parte do tempo do indivíduo que gasta horas executando rituais compulsivos como forma de suprimir as obsessões. Esse trabalho tem como objetivo analisar algumas das estratégias terapêuticas propostas pela Análise do Comportamento no tratamento do comportamento obsessivo-compulsivo.

**Palavras-chave:** Análise do Comportamento; Intervenção Terapêutica; TOC.

### Abstract

OCD is a psychiatric disorder that substantially affects the person's life, affecting their daily routine, interfering in such areas as work, school, university and even social relations. This is because of the obsessive-compulsive symptoms take much of the individual's time to spend hours performing compulsive rituals as a way to suppress the obsessions. This study aims to analyze some of the therapeutic strategies proposed by Behavior Analysis in the treatment of obsessive-compulsive behavior.

**Key words:** Analysis of Behavior; Therapeutic Intervention; OCD.



\* KAIRON PEREIRA DE ARAÚJO SOUSA é mestrando em Psicologia pelo PPgPsi/UFPI

## **1. Introdução**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um dos transtornos que mais compromete a rotina de vida dos portadores, provocando graves limitações e interferindo em áreas ou setores importantes, como atividades acadêmicas, sociais, profissionais, entre outras.

A complexidade do transtorno é tão intensa quanto o sofrimento desencadeado nos indivíduos que vivenciam quadros de desconforto emocional provocados pelos pensamentos angustiantes que parecem paralisá-los, impondo-os sob a vulnerabilidade das compulsões, como forma de amenizar a tensão ansiogênica.

Assim, quanto mais recorrem a esses rituais compensatórios, que num primeiro momento, conferem alívio e conforto imediato, mais eles são envolvidos pelos pensamentos invasivos, adquirindo padrões repetitivos e limitadores.

Neste artigo, investigaremos a seguinte questão: quais são as principais estratégias terapêuticas propostas pela Análise do Comportamento no tratamento do comportamento obsessivo-compulsivo? Para tanto, iniciaremos conceituando o TOC a partir do enfoque psiquiátrico. Logo em seguida, procuraremos esclarecer brevemente o que é a Análise do Comportamento. Finalizaremos o artigo analisando algumas das intervenções terapêuticas, em relação ao TOC, propostas pela Análise do Comportamento (AC).

## **2. Definição do TOC**

O transtorno obsessivo-compulsivo é um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza pela relação entre as obsessões e as compulsões. As obsessões são definidas como pensamentos e/ou imagens

invasivos, involuntários, intrusivos e persistentes que provocam ansiedade no indivíduo. Como forma de suprimir esses pensamentos desagradáveis que causam angústia e tensão, ele recorre às compulsões que são comportamentos repetitivos utilizados como forma de eliminar as obsessões e conferir alívio em relação a ansiedade (BARLOW; DURAND, 2011).

Quanto às compulsões mais comuns, Silva (2011, p. 146-147) destaca:

Mania de limpeza e lavagem: banhos intermináveis, lavar repetidas vezes as mãos [...], medo de se contaminar ao tocar determinados objetos, limpar os objetos com diversos produtos de limpeza etc. Mania de ordenação ou simetria: ritual de guardar ou ordenar determinados objetos sempre da mesma forma, na mesma posição ou ainda com a mesma simetria em relação aos demais objetos. Mania de verificação ou checagem: conferir diversas vezes se trancou o carro, se o filho chegou da escola, se o despertador está programado para a hora certa, se desligou o gás do fogão etc. Mania de contagem: não conseguir subir uma escada sem contar o número de degraus, contar as listas da camisa do seu interlocutor durante conversa, quantas janelas tem o prédio ao lado cada vez que um pensamento desagradável invade sua mente, entre outros. Mania de colecionamento: guardar uma série de inutilidades, na maioria das vezes verdadeiros “lixos”, como garrafas vazias, jornais velhos, por puro medo de que possa um dia precisar daquelas quinquilharias e não tê-las mais a mão [...].

Esses rituais compulsivos colocam o indivíduo em situações constrangedoras. É comum, por exemplo, aqueles que desconhecem o problema acharem divertido os rituais realizados pelos

portadores, associando o episódio como uma tentativa do indivíduo parecer mais descontraído e divertido, ou mesmo como uma esquisitice. Somente, após terem conhecimento dos efeitos devastadores do transtorno, é que percebem o enorme sofrimento experimentado pela pessoa com sintomas do TOC (SOUSA, 2015).

Conforme Silva (2011), o TOC é um transtorno limitador que provoca sérios prejuízos na rotina de vida de seus portadores. Em alguns casos, por exemplo, os indivíduos com TOC acabam abandonando os estudos, devido às muitas faltas ou não cumprimento das tarefas acadêmicas, motivadas pelos rituais compensatórios incapacitantes, que os mesmos empreendem durante boa parte do dia. O desempenho reduzido nas tarefas escolares, muitas vezes, percebido como falta de habilidades ou aptidão para os estudos, pode ser simplesmente resultado de um transtorno limitador (o TOC) que afeta o rendimento acadêmico do estudante.

Às faltas constantes ao trabalho e produtividade reduzida podem ocasionar desemprego, intensificando ainda mais o sofrimento dessas pessoas, com redução de contatos sociais importantes, além de diminuição da autoestima, o que as torna vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos secundários, como a depressão (SOUSA, 2015).

O isolamento é outra consequência do distúrbio. Os portadores do TOC, em muitos casos, vão se distanciando gradualmente da companhia de amigos e familiares e adotando uma rotina de vida mais solitária. É comum evitar locais que antes faziam parte da rotina diária da pessoa, como forma de se esquivar das obsessões e compulsões (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

Por isso, para Del-Porto (2001), o TOC deveria ser uma doença de grande interesse da saúde pública, levando-se em consideração tanto os prejuízos sociais, como também os sofrimentos causados ao portador e a família. A incapacitação social, uma das principais consequências dos sintomas obsessivo-compulsivos, provoca gastos substanciais em função da inaptidão ao trabalho, impacto familiar e aposentadoria antecipada.

Segundo Silva (2011, p. 144), pesquisas têm demonstrado que “as pessoas com TOC levam cerca de dez anos, após o surgimento dos primeiros sintomas, para procurar ajuda profissional”. Essa situação é preocupante, pois, quanto mais cedo se realiza o diagnóstico e tratamento, menos sofrimento o indivíduo experimentará. Ademais, o tratamento no início do transtorno minimiza a possibilidade do desenvolvimento de transtornos secundários (comorbidades).

### **3. A análise do comportamento**

A Análise do Comportamento é “uma abordagem psicológica que busca compreender o ser humano a partir de sua interação com seu ambiente – “condicionamento pavloviano, contingências de reforço e punição” bem como “esquemas de reforçamento, o papel do contexto, entre outros tipos de interação-” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 213), originando-se da posição behaviorista assumida por Skinner, que ficou conhecida como Behaviorismo Radical.

Como uma abordagem terapêutica, a Análise do Comportamento pauta-se na busca dos determinantes de um comportamento. Nessa perspectiva, o comportamento é analisado tendo como foco a relação entre o organismo (indivíduo) e o ambiente, já que para

Skinner não é possível estudá-lo isolando-o do seu contexto de ocorrência (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Sendo assim, enquanto outras áreas, como a psiquiatria (por exemplo), estabelecem critérios de classificação em termos de patologias (rótulos), procurando diferenciar normalidade e anormalidade, a Análise do Comportamento busca identificar as relações funcionais entre o comportamento (dito problemático) e os eventos ambientais que atuam na sua manutenção (BANACO et al., 2012).

Para a AC, portanto, todo comportamento apresenta uma funcionalidade, sendo possível modificá-lo. Nesse sentido, ao invés de focalizar os sintomas (típico dos manuais de classificação), é necessário estudar a relação entre o organismo e o ambiente no qual este se insere (BANACO et al., 2012).

Isso significa descortinar as aparências envolvidas em diagnósticos ou classificações (como depressivo, compulsivo e esquizofrênico) que estereotipam o sujeito, escondendo as raízes motivadoras do comportamento rotulado (BANACO et al., 2012). Cada indivíduo é único, e qualquer tentativa de comparação representa um obstáculo a uma intervenção satisfatória. Para AC, o aspecto idiossincrático do sujeito deve ser considerado como ponto de partida do tratamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Descrevendo algumas diferenças entre à Análise do Comportamento e o modelo médico em relação à psicopatologia Banaco et. al (2012, p. 154) destacam que:

O modelo médico descrevia a fenomenologia da psicopatologia, ou seja, descrevia minuciosamente como funcionavam os comportamentos psicopatológicos. Para a Análise do Comportamento,

essa forma do comportamento não é a informação mais importante; o importante é a função que o comportamento adquire na relação do indivíduo com seu ambiente.

A medicina procurava a etiologia da doença, em geral em anormalidades do organismo, e a Análise do Comportamento se propunha a explicar e descrever a probabilidade, a frequência (sic), a intensidade com a qual todo e qualquer comportamento se apresenta.

A psiquiatria se esforça para descrever o curso (ou o desenvolvimento) de uma doença mental, já a Análise do Comportamento tenta desvendar quais são as condições que mantêm um comportamento ao ser emitido.

Como se não bastassem essas diferenças, o modelo médico batizou os problemas de comportamento como “doenças mentais”, e a Análise do Comportamento considera que os comportamentos sejam fruto de uma seleção pelas consequências (sic), semelhantemente à seleção natural que opera sobre os organismos: o comportamento que, de alguma maneira, “funciona” para um indivíduo será mais provável do que aquele que “não funciona”. Essa concepção dificulta o entendimento do problema de comportamento como fruto de uma “doença mental”

Enquanto se tenta descrever o que é o comportamento normal para se identificar o anormal na Psiquiatria, a Análise do Comportamento tenta descrever as leis gerais do comportamento, seja ele qual for.

Argumentando a respeito dessa visão da psiquiatria biológica, referente aos problemas “mentais”, Corchs (2010, p. 57) aponta que:

No mesmo sentido, ao explicar nosso comportamento pelo cérebro,

como se ele fosse um ser vivo que pensa, sente, age e assim por diante, torna-se necessário explicar como ele (o cérebro) o faz. Não tem jeito. Se admitirmos apenas a dimensão física em nossas explicações e não quisermos entrar em uma espécie de queda livre explicativa *ad infinitum* no mundo interior, temos de voltar às relações deste organismo com o ambiente para explicar qualquer parte do mesmo. Explicar uma parte do mundo físico por si, ao invés de por sua interação com outras partes desse universo, é como colocá-lo no centro do universo do ponto de vista explicativo, reincidindo num dos erros frequentes das ciências como um todo.

Nesse exposto, fica evidente o papel que o ambiente exerce no comportamento do organismo. A psiquiatria, ao estabelecer as causas dos problemas psiquiátricos a eventos orgânicos ou mentais (internos ao sujeito), retoma o antigo modelo cartesiano de separação entre mente e corpo, fragmentando o sujeito em duas partes. A análise do comportamento, em contrapartida, possui uma visão “monista fisicalista” (CORCHS, 2010, p. 63).

O método adotado pela Análise do Comportamento para estudar as relações funcionais entre os comportamentos ou comportamento e ambiente é conhecido como Análise Funcional.

De acordo com Costa e Marinho (2002, p. 44), “o termo Análise Funcional é empregado inúmeras vezes por analistas do comportamento durante atividades científicas, didáticas e de prática clínica”. Mas o que é análise funcional?

Conforme Haynes e O’Brien (1990, p. 654 apud COSTA; MARINHO, 2002, p. 44), análise funcional é “a identificação de relações relevantes, controláveis, causais e funcionais aplicáveis a um

conjunto específico de comportamentos-alvo para um cliente individual”. Em outras palavras, a análise funcional é um método que busca os determinantes de um comportamento, ou seja, analisar funcionalmente o comportamento significa encontrar sua funcionalidade. Desta maneira, segundo Moreira e Medeiros (2007, p. 147), “a análise do comportamento deve ser funcional, e não topográfica”.

Segundo Costa e Marinho (2002, p. 46), “para os analistas do comportamento, independentemente de onde desenvolvam sua atividade e de qual seja ela (ensino, pesquisa, extensão, administração, prática clínica, etc.), a análise funcional ocupa um ponto central”.

Visando compreendermos essa questão da funcionalidade de um comportamento, vamos utilizar um exemplo envolvendo o comportamento obsessivo-compulsivo.

Para os analistas do comportamento, os rituais compulsivos empreendidos pelo indivíduo, como forma de suprimir as obsessões, têm uma função, ou seja, para esse comportamento-problema (compulsão) está sendo realizado é porque existe algo que o mantém.

Sendo assim, a tarefa do terapeuta analítico-comportamental é identificar corretamente o aspecto funcional desse comportamento-problema, para em seguida, estabelecer estratégias terapêuticas (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

No caso do cliente, por exemplo, que lava as mãos frequentemente motivado por uma obsessão relacionada à contaminação. Esse comportamento de lavar as mãos com frequência tem uma razão de estar ocorrendo. O esquema a seguir ilustra essa situação:

### Modelo operante

Situação	Comportamento/ Resposta	Consequências
Abrir a porta de casa ao chegar da rua	Lavar as mãos repetidamente	- Diminuição da ansiedade (reforço negativo) - Sensação de controle (reforço positivo) - Relaxamento (reforço positivo)

Fonte: autor

Nesse exemplo, o comportamento de lavar as mãos produz consequências satisfatórias ao indivíduo (diminuição da ansiedade, sensação de controle e relaxamento), atuando como reforçador do comportamento-problema.

Realizar análise funcional de um comportamento significa investigar os seus determinantes, isto é, a funcionalidade presente em cada comportamento emitido. Nenhum comportamento ocorre ao acaso (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Em outras palavras, para um comportamento adquirido continuar sendo emitido é porque está sendo recompensado, seja positivamente ou negativamente.

#### 4 A intervenção Terapêutica da Análise do Comportamento no TOC

Como mencionado anteriormente, no caso do TOC, existe uma relação entre as obsessões e as compulsões. O indivíduo com esse transtorno utiliza como forma de reduzir, aliviar ou mesmo eliminar as obsessões (pensamentos invasivos, causadores de grande ansiedade) os comportamentos repetitivos ou ritualísticos, que nesse sentido, como apontam Vermes e Zamignani (2002), funcionam como reforçador negativo, servindo para retirada dos pensamentos aversivos ao organismo.

Deste modo, é comum tanto a fuga quanto a esquiva. No que concerne ao primeiro comportamento, o indivíduo se comporta de modo a retirar o estímulo aversivo presente no ambiente

(MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Como exemplo, pode-se apontar o caso de alguém que entra por outra porta para não ter que cumprimentar um amigo pegando em sua mão.

No segundo, o organismo apresenta comportamento de evitar a situação ansiogênica, ou seja, desenvolve comportamentos na tentativa de não entrar em contato com um estímulo punitivo ou no mínimo adiar o contato com o mesmo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). É o caso de pessoas que evitam lugares ou situações que possam desencadear tanto as obsessões quanto as compulsões. Por exemplo, a pessoa que evita ir ao banheiro para tomar banho, porque, todas às vezes que a mesma realizava essa prática rotineira, passava horas e mais horas repetindo rituais cansativos (SOUSA, 2015).

Adotando uma visão analítico-comportamental em relação ao TOC, é interessante começarmos a identificá-lo com uma “terminologia” diferente e, ao invés de utilizarmos a expressão transtorno obsessivo-compulsivo, usarmos, como destacam Vermes e Zamignani (2002), o termo comportamento obsessivo-compulsivo, já que para a Análise do Comportamento tudo é comportamento, e tanto as obsessões quanto as compulsões são classes de respostas, que por sua vez produzem consequências que operam sobre esse comportamento determinando sua ocorrência ou não.

Nessa direção, em uma análise funcional desse tipo de comportamento, é realizada a busca pelas variáveis ambientais determinantes dessas respostas. Isso significa identificar as variáveis que contribuíram para que esse comportamento fosse instalado e mantido.

Em relação aos controladores do comportamento obsessivo-compulsivo, alguns reforçadores sociais acabam sendo influentes na manutenção dessas respostas, e como verificam Vermes e Zamignani (2002, p. 138), “tais respostas podem, em algumas circunstâncias, proporcionar um desempenho desejável para a comunidade, com a qual o cliente relaciona-se, ocasionando o reforçamento de sua emissão”. Exemplificando isso os autores supracitados destacam:

Uma possível situação na qual isso aconteceria é quando uma criança é elogiada por seus pais devido um desempenho impecável nos cadernos escolares proporcionado pelo excesso de zelo. Outro exemplo (obtido a partir da prática de um dos autores) que ilustra essa relação é o caso de uma criança, cujo ritual de lavagem é criticado pela mãe, embora em alguns momentos ela relate admiração por determinado aspecto deste mesmo comportamento: “você tem que ver como ela é higiênica [...] ela chega a lavar a mão com detergente!” (sic) (VERMES; ZAMIGNANI, 2002, p. 138).

Nesse segundo exemplo, a ocorrência de reforçamento intermitente torna o comportamento mais resistente.

Em muitos casos, os familiares contribuem para o reforçamento dos comportamentos obsessivo-compulsivos do indivíduo. Ao se envolverem nos rituais, pensando estar ajudando o

familiar com comportamento obsessivo-compulsivo, na realidade estão reforçando positivamente esse comportamento (GUEDES, 2001). Esse é o caso, por exemplo, da mãe que cumpre as exigências do filho, lavando as roupas que este afirma estar contaminadas, que evita sair nos locais temidos por ele, que lava as mãos repetidas vezes na frente do filho para deixá-lo mais confortável e seguro (SOUSA, 2015).

Como no comportamento obsessivo-compulsivo, o organismo adquire um padrão de fuga e esquiva em decorrência das situações aversivas, uma das estratégias terapêuticas mais empregadas no tratamento desse comportamento, é a técnica de exposição com prevenção de respostas, a qual tem demonstrado notável eficiência na diminuição desses padrões de respostas. Dessa forma, como aponta Wielenska (2001, p. 63):

O tratamento é norteado pela idéia (sic) de que ele precisará correr os riscos potenciais que evita ao emitir esquivas e rituais. O subproduto direto desta exposição é uma nítida ativação emocional (gerada pela forma não-obsessiva de contato com o mundo). O paciente não será impedido de “pensar o que pensa e de sentir o que sente”, mas precisa ser levado a “viver o que evita sentir” enquanto se expõe (geralmente ele supõe que sentirá níveis insuportáveis de medo, desconforto físico, sensação de incompletude, imperfeição, perigo ou ameaça).

Quando o indivíduo é exposto inicialmente ao estímulo aversivo (nesse caso a um pensamento desagradável, a obsessão), é evidente que experimentará ansiedade elevada (resposta) e tentará fugir dessa situação desconfortável. Isso significa que quanto mais desagradável e aterrorizador parecer à obsessão, maior

será também a resposta de ansiedade. É, como destaca Moreira e Medeiros (2007), a lei da intensidade-magnitude, ou seja, quanto maior a intensidade do estímulo, maior também será a magnitude da resposta fornecida pelo indivíduo. Entretanto, depois de certo tempo em contato com esse estímulo causador de medo e inquietação, a resposta de ansiedade apresentada tende a diminuir. Nas exposições seguintes, a magnitude dessa resposta estará menor ainda.

O objetivo dessa técnica terapêutica é fazer com que o cliente entre em contato com seus medos, mas sem utilizar os rituais compulsivos, os quais ele faz uso para suprimir a ansiedade e obter o “controle” da situação. Esse procedimento de exposição sucessiva ao estímulo ameaçador desenvolverá no organismo uma resposta de habituação frente a esse estímulo, reduzindo a ansiedade e o desconforto (WIELENSKA, 2001).

O terapeuta, ao desenvolver essas estratégias de enfrentamento com seu cliente, necessita estar atento, para reforçar adequadamente aqueles comportamentos considerados apropriados na situação. Como se sabe, os reforçadores são responsáveis tanto pela instalação de novos repertórios comportamentais quanto para sua manutenção.

Reforçar o comportamento do cliente, que na sessão terapêutica ou mesmo em ambiente fora do *setting* terapêutico, conseguiu, por exemplo, ficar sem lavar as mãos (compulsão) após ter sido incomodado pelas obsessões de contaminação, é importante para que esses comportamentos de enfrentamento se repitam em outras situações. Desse modo, o psicólogo analítico-comportamental deve procurar identificar o que é reforçador para o

cliente, recompensando adequadamente suas respostas de enfrentamento ao problema. O objetivo final é que o próprio ato de evitar a compulsão seja percebido pelo cliente como reforçador, ou seja, mais importante do que os elogios do terapeuta, o ato de não ceder às obsessões, por si só, é recompensador, porque enfraquece as obsessões (SOUSA, 2015).

Entretanto, apesar dos resultados alcançados com o uso da EPR, existem alguns questionamentos em relação a sua aplicação. Uma dessas questões se refere à própria adesão do paciente ao tratamento. Sendo a EPR uma técnica de natureza punitiva que coloca o indivíduo em contato com os estímulos aversivos, os quais ele tenta se esquivar ou fugir, “há uma alta probabilidade de ocorrência de respostas de evitação. Quando esta característica está presente na terapia, a adesão ao tratamento pode ser comprometida” (VERMES; ZAMIGNANI, 2002, p. 139). Além disso, como referem os autores supracitados:

Procedimentos de natureza aversiva costumam ser úteis para diminuir a frequência das respostas indesejadas, entretanto são pouco produtivos quando o objetivo é ensinar algum tipo de repertório novo ou respostas alternativas àquelas que são relacionadas ao sofrimento do cliente. Um procedimento terapêutico que minimizasse a estimulação aversiva e potencializasse as possibilidades de contato com reforçadores naturais poderia ser mais eficaz (VERMES; ZAMIGNANI, 2002, p. 139).

Nesse caso, cabe ao terapeuta desenvolver estratégias de exposição gradual, como forma de treinar o paciente para enfrentar as obsessões mais complexas, isto é, os pensamentos causadores de forte ansiedade e tensão,

tendo como foco a prevenção dos rituais repetitivos.

A meta, como destaca Wielenska (2001, p. 63), é “provocar a habituação emocional aos estímulos ansiogênicos, sendo os progressos avaliados segundo parâmetros objetivos e subjetivos”. Expor o cliente a esses estímulos ansiogênicos provoca respostas como ansiedade, sudorese, taquicardia, etc., sendo assim, “o uso, na sessão, do humor, de relaxamento muscular e respiratório, de pausas breves e de técnicas de distração temporária pode ajudar o paciente a suportar o enfrentamento” (WIELENSKA, 2001, p. 64).

Outro recurso que representa a base da terapia analítico-comportamental e que é muito eficiente na intervenção do comportamento obsessivo-compulsivo, refere-se à análise funcional do problema-alvo. Ao fazer a análise de contingências, juntamente com seu cliente, o terapeuta identifica o que acontece antes (situação) e depois (consequências) do comportamento (resposta), permitindo a ambos observarem o que está mantendo esse comportamento inadequado.

Ensinar o modelo de contingências ao cliente, como forma de analisar seus comportamentos de acordo com a contingência de três termos (Antecedentes. Comportamento e Consequência), é uma estratégia terapêutica que investe o cliente de autonomia, possibilitando a ele prever, controlar e modificar seu próprio comportamento, que segundo Moreira e Medeiros (2007, p. 149) “é o objetivo da psicologia encarada como ciência do comportamento ou mesmo Análise do Comportamento”.

Através do paradigma operante, o terapeuta analítico-comportamental pode

solicitar ao cliente o monitoramento do seu comportamento (automonitoramento). Esse método pode ser usado para diminuir ou aumentar a frequência de respostas. No caso de comportamentos inapropriados (como o comportamento obsessivo-compulsivo), é possível diminuir a frequência do comportamento através do monitoramento do mesmo. A tendência é o cliente, que apresenta determinada frequência de respostas desapropriadas, reduzi-las, reagindo à observação com mudança de comportamento.

Pedir para monitorar quantas vezes ele executa ao dia (por exemplo) os comportamentos repetitivos, e em quais situações ou contextos isso acontece, pode ajudá-lo a minimizar a frequência das respostas. É conforme Barlow e Durand (2011), a chamada reatividade da automonitoração. Os psicólogos, de acordo que os autores, utilizam essa técnica para aumentar a efetividade dos tratamentos.

Mais uma questão importante no caso do tratamento do comportamento obsessivo-compulsivo, diz respeito ao isolamento característico de algumas pessoas com esse padrão de resposta.

Como abordado no primeiro tópico, os indivíduos com TOC, em alguns casos, vão se distanciando gradualmente da companhia de amigos e familiares e adotando uma rotina de vida mais solitária. Dessa forma, as estratégias de intervenção terapêutica devem se concentrar também na instalação de novos repertórios sociais, que nesse caso, representariam novos reforçadores importantes no tratamento do comportamento obsessivo-compulsivo.

Isso seria possível mediante o processo de modelagem utilizado pelo terapeuta como forma de atingir o objetivo final: o estabelecimento de relações

interpessoais, antes fragmentadas em decorrência da evitação esquiva ou de fuga.

Fortalecer as habilidades sociais do cliente em âmbitos como trabalho, escola, relações familiares, grupo de amigos, etc., contribui para reduzir esses comportamentos de esquiva ou fuga das situações sociais e o isolamento. Nas palavras de Mitsi, Silveira e Costa (2004, p. 53), “o fortalecimento de uma classe de respostas concorrente aos comportamentos ritualísticos, especificamente, a de comportamentos de interação social, tende a diminuir a frequência (sic) de respostas dos mesmos”.

A análise do comportamento atua na tentativa de modificar as relações do organismo com seu ambiente. Desta maneira, modificar as contingências familiares que atuam como condicionantes para o comportamento obsessivo-compulsivo é outra tarefa do terapeuta analista do comportamento, uma vez que a família, como principal ambiente de interação do indivíduo, pode atuar como reforçadora do comportamento obsessivo-compulsivo.

Focalizar apenas o indivíduo (ou transtorno em si) representaria um reducionismo grosseiro, que pouco contribuiria para a restauração desse organismo, desconsiderando fatores importantes nesse processo, como as relações sociais e ambientais nas quais o mesmo está inserido e sobre o qual elas atuam.

Considerando esse exposto, a família representa um contexto importante a ser investigado, como forma de se compreender o processo de manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos do cliente, além disso, a própria família que sofre com as limitações provocadas pelo

comportamento obsessivo-compulsivo, inspira cuidados, sendo parte integrante do processo de recuperação do indivíduo afetado, e, portanto, deve ser incluída no tratamento. Quando as relações familiares se mostram muito fragmentadas em virtude do comportamento-problema, pode ser indicada a terapia familiar.

### **Considerações finais**

O transtorno obsessivo-compulsivo é uma das síndromes psiquiátricas que mais desafiam os profissionais da saúde mental.

Como observado no tópico referente à definição do TOC, um dos principais efeitos do distúrbio é a incapacitação ou interferência dos sintomas na qualidade de vida do indivíduo. Em muitos casos, o portador do TOC somente consegue dar o primeiro passo em direção ao tratamento, após perceber-se incapaz de desempenhar atividades simples do dia a dia.

Algumas formas de tratamentos foram propostas de modo a auxiliar o portador do distúrbio no enfrentamento do mesmo. Dentre os modelos de tratamentos adotados, incluem-se os medicamentosos (psiquiatria) e as psicoterapias (psicologia).

Apesar de termos mostrado nesse trabalho algumas questões a respeito da abordagem psiquiátrica no tratamento TOC que são alvo de áspers críticas pelos analistas do comportamento. Isso não significa que os psicólogos dessa abordagem terapêutica descartam a importância do trabalho médico (psiquiátrico) no tratamento do transtorno, apenas se procurou demonstrar que ficar sobre o controle de sintomatologias não é suficiente para se explicar, controlar, prever e modificar esse problema-alvo. Cada indivíduo é um ser único e qualquer tentativa de

comparação representa um obstáculo a uma intervenção satisfatória.

Contudo, o comportamento obsessivo-compulsivo é complexo, e apesar da eficiência de técnicas comportamentais, como a EPR, é importante o estudo de novas estratégias terapêuticas para o manejo desse tipo de comportamento, de modo a contribuir com o indivíduo no enfrentamento desse comportamento-problema, possibilitando-lhe fruir de uma vida de mais qualidade.

#### Referências

ABREU, P. R.; PRADA, C. G. Relação entre os condicionamentos operante e respondente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n.3, p. 225-232, 2005.

BANACO, R. A. *et al.* Psicopatologia. In: HUBNER, Maria Martha; MOREIRA, Márcio Borges. (Orgs.) **Fundamentos de Psicologia: Temas Clássicos de Psicologia Sob a Ótica da Análise do Comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Grupo GEN), 2012. 210 p.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. Trad. Roberto Galman; Rev. Francisco B. Assumpção Jr. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

CORCHS, F. É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. **Revista Perspectivas**, v. 1, n.1, pp. 55-66, 2010.

DEL-PORTO, J. A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, supl.2, p. 3-5, 2001.

GUEDES, M. L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, supl.2, p. 65-7, 2001.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. de. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PETTRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, Supl.2, p.17-20, 2001.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **História da psicopatologia moderna**; trad. Sonoe Murai Cuccio.- São Paulo: Cengage Learning, 2009.

SILVA, A. B. B. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. Trad.. Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Cultrix/UDUSP, 1982.

SOUSA, K. P. A. **O transtorno obsessivo-compulsivo na perspectiva de tratamento clínico da análise do comportamento**. 1ª ed., Curitiba: Editora Protexto, 2015.

TODOROV, J. C.; HANNA, E. S. Análise do Comportamento no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. especial, p. 143-153, 2010.

VERMES, J. S.; ZAMIGNANI, D. R. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v.4, n.2, p.135-149, 2002.

WIELENSKA, R. C. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, supl.2, p. 62-64, out. 2001.

Recebido em 2016-09-07

Publicado em 2017-10-05