



O MODELO COMPORTAMENTAL NA ANÁLISE DO TOC¹

HELEN COPQUE

Ambulatório de Transtornos do Espectro obsessivo-compulsivo (SERTOC) do
Serviço de Psiquiatria do HUPES – BA
Salvador - BA

e

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI

Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento
Campinas - SP

A Terapia Comportamental tem sido descrita como o modelo de eficiência para o tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos, especialmente com a aplicação da técnica de exposição com prevenção de respostas (Meyer, 1966; Rachman, Hodgson e Marks, 1971; Salkovskis e Kirk, 1997). O modelo de terapia comportamental individual é o que tem sido mais amplamente investigado (Meyer, 1966; Van Oppen *et al.*, 1995; Steketee e Van Noppen, 2003), embora se possa encontrar trabalhos que avaliam a eficácia da terapia comportamental em grupo para o TOC (Fals-Stewart, Marks e Schafer, 1994; Volpato, *et al.*, 2003; Barret, Healy-Farrell e March, 2004).

O sucesso psicoterapêutico demonstrado pela aplicação de técnicas “comportamentais” não deve, no entanto, obscurecer o fato de que o termo Terapia Comportamental abrange uma gama de atividades e de conceitos e não pode ser identificado como um empreendimento único. A denominação Terapia Comportamental deveria ser usada no plural, pois os próprios profissionais que a aplicam, não a avaliam como exemplo de unanimidade, nem conceitual, nem tecnológica. Pelo contrário, há divergências nítidas entre as várias terapias comportamentais e, assim, por exemplo, há mais diferenças do que semelhanças conceituais e de atuação clínica entre as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental. As duas abordagens não consolidam uma síntese conceitual e, nem mesmo quando alguém se refere à utilização de técnicas de intervenção, deve-se afirmar que se identificam. Assim, as técnicas de reestruturação cognitiva

¹ Publicado em 2009 na revista eletrônica (Inter)subjetividades, da UNIJORGE, Salvador, BA
(<http://revistas.unijorge.edu.br/intersubjetividades/index.php>)

e de mudança de auto-regras não podem ser igualadas uma à outra, por mais que alguns estudiosos insistam em afirmar as suas similaridades. Permanecem, portanto, dúvidas com relação às diferenças entre o que fazem e como cada qual conceitua o objeto de estudo que lhe é próprio. Espera-se, com este texto, discutir algumas diferenças entre as duas abordagens, partindo da maneira como ambas lidam com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

No presente artigo, serão usadas as terminologias: *Análise do Comportamento*, por ser mais abrangente e adequada, quando se fizer referências a conceitos e análises não experimentais da abordagem comportamental, e *Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)*, designação proposta por Guilhardi (2004a), quando houver referência à prática clínica, pois a TCR abrange conceitos e procedimentos derivados da Ciência do Comportamento e do Behaviorismo Radical (fundamentalmente, todos os trabalhos de Skinner), aplicados no contexto psicoterapêutico. A TCR, pela proposta de análise e intervenção que expõe, dá contornos teóricos consistentes e maneja procedimentos claramente definidos, que fundamentam e caracterizam a prática do terapeuta comportamental. A TCR substitui a terminologia *Terapia Comportamental*, abordagem clínica que teve relevante papel histórico, mas que, atualmente, inclui um emaranhado de conceitos e práticas, que chegam, muitas vezes, a serem incompatíveis entre si, e, como tal, a desgastaram e impedem sua consideração como uma abordagem consistente e harmônica.

Comportamento e Contingências de Reforçamento

A Análise do Comportamento é uma maneira de abordar o fenômeno psicológico que teve origem e se identifica com as proposições teóricas e metodológicas de B. F. Skinner (1938, 1953, 1957, 1969, 1974, 1989). Desde seus primeiros escritos, Skinner mostrou uma preocupação em redefinir o objeto da ciência psicológica, bem como em distinguir sua contribuição pessoal das demais existentes. Desenvolveu, assim, um sistema teórico e experimental que tem como foco a inter-relação entre as ações do organismo, as condições sob as quais tais respostas ocorrem e as conseqüências produzidas por elas.

Para tal sistema teórico, comportamento não é expressão pública de um outro fenômeno subjacente, inacessível ou profundo. O comportamento, e apenas

ele, é o objeto de interesse do estudioso comportamental e basta lidar com ele na forma em que é observado, ou seja, como ação do organismo, e buscar seu significado entre os determinantes de tais ações e não entre as propriedades delas (Skinner, 1945). Compreende-se comportamento como um fenômeno natural e que obedece a leis que podem ser descritas e analisadas. Tampouco, comportamento se reduz à resposta; nem ambiente se reduz a estímulo. Aquilo que o organismo faz é um fluxo, divisível de modo arbitrário apenas para fins de análise, sendo cada unidade classicamente chamada de resposta. Skinner deu o nome de operante para uma classe de comportamentos que descreveria a maior parte das realizações humanas e, assim, a diferenciou de outra classe de comportamentos, chamados respondentes, basicamente reações neurovegetativas e estados corporais. Os operantes são *emitidos* e selecionados pelas conseqüências que produzem; as conseqüências, por sua vez, determinam a probabilidade futura de ocorrência da mesma classe de operantes. Os respondentes são *eliciados* por eventos antecedentes e, em geral, sua ocorrência futura pode ser alterada pela associação que é feita entre o estímulo antecedente (US) e outros estímulos (que adquirem a função de CS por associação com o US), não necessariamente produzidos pela resposta. A resposta, quer operante, quer respondente, pode ser pública, ou seja, observável por dois ou mais observadores, ou privada, só acessível a quem a produz. Assim, por exemplo, falar em voz alta é uma resposta operante pública; pensar, imaginar, sonhar etc. são respostas operantes privadas. Ao mesmo tempo, taquicardia, dores abdominais etc. são respostas respondentes privadas, enquanto sudorese, rubor da face etc. são respondentes públicos. Tanto as respostas públicas, como as privadas são da mesma natureza – manifestações do organismo – e, como tal, sujeitas às mesmas leis que regem os comportamentos. Convém, neste ponto, concluir que comportamento é a *interação* entre organismo e ambiente. Somente identificamos um comportamento quando identificamos tal relação. Correr é uma resposta, não um comportamento. Se, porém, ao ver um policial, um assaltante corre e, como conseqüência, se livra da eventual prisão, a ação de correr ficou contextualizada. Podemos falar, então, em comportamento e, inclusive, dar-lhe um nome: fugir. Na vida cotidiana, os operantes e respondentes ocorrem simultaneamente e se inter-relacionam, de maneira que não se pode falar da

ocorrência de um operante puro, nem de um respondente puro. Cada classe de comportamentos é regida por leis próprias.

O ambiente, assim como o comportamento, é um fluxo funcional (só é ambiente aquilo que afeta o organismo), divisível de modo arbitrário apenas para fins de análise, sendo cada unidade classicamente chamada de estímulo. Por eventos ambientais, entendemos tanto estímulos públicos (observáveis por dois ou mais observadores): por exemplo, um som claramente audível, uma luz intensa, um aviso fixado na parede, as ações de uma pessoa, minhas próprias ações etc.; quanto estímulos privados (acessíveis e observáveis apenas pelo organismo que se comporta): por exemplo, acidez estomacal intensa, contrações dolorosas produzidas por pedra nos rins, taquicardia, tontura, pensar, imaginar, sonhar, sentir etc. (Observe que as ações públicas e privadas de uma pessoa podem adquirir a *função* de estímulo, não obstante serem respostas quanto à natureza. Não nos estenderemos sobre este tópico no presente artigo.).

Para um analista de comportamento, *pensar* (evento privado) em contaminação e *lavar* (evento público) as mãos são ambos comportamentos operantes e um não causa o outro. Talvez esteja aqui uma das grandes diferenças entre as abordagens comportamental e cognitiva: comportamento não causa comportamento. Todos e quaisquer comportamentos são produto das interações entre a história de contingências a que o indivíduo vem sendo exposto durante todo o processo de seu desenvolvimento, a sua história genética (a qual não é objeto de estudo, mas de interesse do analista de comportamento) e a história atual de contingências de reforçamento, isto é, as condições que operam sobre ele no momento. Conclui-se que tanto o comportamento de pensar em contaminação, como o de lavar as mãos têm o mesmo *status*: o que causa um, também causa o outro; o que elimina um, também elimina o outro.

Segundo Matos (2001), o analista de comportamento se interessa pelos comportamentos e sentimentos do cliente, mas, de fato, maneja as contingências de reforçamento das quais eles são função. Ou seja, o interesse do comportamentalista está sob controle dos comportamentos emitidos e eliciados, mas a ação transformadora se manifesta pela apropriada intervenção sobre as contingências de reforçamento que produzem os comportamentos de interesse. Pode-se afirmar que a contingência de reforçamento é a unidade mínima de análise e de intervenção de que dispõe o analista de comportamento para alterar

comportamentos e sentimentos. Em um episódio comportamental, caso se deseje retomar uma linguagem mais tradicional, as contingências de reforçamento são as variáveis independentes e os comportamentos e sentimentos, as variáveis dependentes. Assim, preferimos abandonar o uso do termo Terapia Comportamental e substituí-lo por uma expressão que, mais apropriadamente, se refere ao papel do analista de comportamento na atuação em clínica: Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) (Guilhardi, 2004a). Resumidamente, a TCR se propõe a identificar e a alterar as contingências de reforçamento, que estão operando na vida da pessoa, com o objetivo de instalar, manter ou enfraquecer comportamentos e sentimentos, em benefício do cliente e do grupo social ao qual ele pertence.

FIG.1. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA TRÍPLICE CONTINGÊNCIA DE REFORÇAMENTO.

Antecedentes	Respostas operantes e respondentes, públicas e privadas (as quais ainda não podem ser chamadas de comportamentos)	Conseqüências
--------------	--	---------------

As contingências de reforçamento podem ser constituídas por dois ou mais componentes, mas a tríplice contingência, muito apropriadamente, permite a compreensão de grande parte dos comportamentos e sentimentos humanos. Ela não se define pela topografia com que cada elemento da contingência se apresenta, mas pela função que cada um tem sobre os demais. O antecedente, a resposta e a conseqüência se influenciam reciprocamente, dando origem a uma unidade funcional, instrumento operacional do analista de comportamento. Tal é a possibilidade que o psicoterapeuta tem de transpor, do nível conceitual para o nível operacional, o objeto de estudo da Análise do Comportamento: influir nos componentes das contingências de reforçamento, de modo a alterar a interação entre organismo e ambiente. O profissional concretiza a ação de estudar as interações organismo-ambiente, transformando-as nas inúmeras composições de tríplexes contingências de reforçamento, tais como contingências de reforçamento positivo discriminado, reforçamento negativo, punição positiva, punição negativa

etc. Qualquer ação humana é determinada pela interação de um grande número de contingências de reforçamento, operando simultaneamente.

A Análise do Comportamento faz uma clara oposição às posturas “mentalistas”, que atribuem um *status* causal aos estados mentais ou aos sentimentos. E também não se limita a tomar como determinantes demonstráveis do comportamento os aspectos do ambiente ou estímulos que o antecedem: “nenhuma descrição do intercâmbio entre organismo e meio ambiente estará completa enquanto não incluir a ação do ambiente sobre o organismo depois da emissão da resposta” (Skinner, 1969, p. 5). Os estados mentais só caberiam numa versão dualista do ser humano. A Análise do Comportamento é monista e a determinação mental fica excluída. Os sentimentos são manifestações do organismo. Assim, o sentimento de raiva, por exemplo, inclui componentes operantes (xingar ou esmurrar alguém, por exemplo); respondentes (taquicardia, alterações na pressão arterial etc.); e as contingências de reforçamento que produzem tais comportamentos operantes e respondentes (sem conhecê-las, não é possível identificar, nem nomear os sentimentos ou emoções, uma vez que os mesmos operantes e respondentes podem estar presentes em diferentes sentimentos ou emoções, ou ser evocados e eliciados por diferentes contingências). Os sentimentos, portanto, são causados (e não causa) e fazem parte do conjunto de interações que ocorrem na pessoa sob influência de contingências de reforçamento (Guilhardi, 2002, 2004b, 2004c). (Cabe concluir que a distinção entre comportamentos e sentimentos é arbitrária e desnecessária. Tanto comportamentos, como sentimentos são manifestações do organismo. Quando se demonstra de quais contingências de reforçamento as manifestações operantes são função e quais estímulos eliciam as manifestações respondentes, conclui-se que todas elas podem ser agrupadas sob um único termo: são comportamentos.) Portanto, pensar em contaminação, sentir ansiedade, lavar repetidamente as mãos, sentir alívio são todos eventos comportamentais. Cabem duas questões: o que os determina e como podem ser alterados em benefício do cliente?

Pensar em contaminação pode ser considerado o primeiro elo operante de um encadeamento de respostas operantes e respondentes e, como tal, usar um procedimento que o elimine impossibilitará a ocorrência dos elos sucessivos (o que é desejável psicoterapeuticamente). Aí está a razão pela qual se tem a

impressão de que a mudança do pensamento de contaminação (obsessão) altera os sentimentos (ansiedade) e o comportamento de lavar as mãos (compulsão). De fato, é o *procedimento* que elimina ou altera o primeiro elo do encadeamento (no caso, o pensamento de contaminação), o fator que causa a alteração dos elos seguintes. Assim, o foco da análise do psicoterapeuta não deve estar centrado na mudança do pensamento (por exemplo, o cliente passar a dizer para si mesmo: “O fato de eu tocar um objeto não significa que contaminei minha mão.”), mas no procedimento que produziu tal mudança no pensamento. A mudança na crença não ocorre espontaneamente; ela é produto de contingências de reforçamento aplicadas pelo psicoterapeuta. É próprio afirmar que a mudança no pensamento é importante para o progresso do cliente, mas tal mudança *foi causada*, ela não é causa. A alteração no primeiro elo do encadeamento alterará os elos seguintes. Às vezes, basta alterar um elo, que ao perder a função de S^D ou de S pré-aversivo para os elos seguintes, interrompe toda a cadeia comportamental ou dá origem a uma nova cadeia de respostas (a qual, espere-se, será desejável). Outras vezes, é também necessário aplicar procedimentos sobre outros elos do encadeamento. Assim, por exemplo, o pensamento de contaminação pode ter mudado, mas não o ritual de lavar as mãos (o oposto também pode ocorrer: a pessoa cessa o comportamento compulsivo de lavar, mas continua pensando que se contamina ao tocar objetos). Pode ser necessário impedir a ocorrência da resposta de limpeza e, desta forma, levar o cliente a testar empiricamente a falsidade da relação supersticiosa por ele estabelecida, qual seja a de que tem evitado a contaminação por manter-se lavando as mãos... Segundo este raciocínio, qualquer procedimento que quebre o encadeamento terá efeito psicoterapêutico. Na prática, os dois procedimentos mais empregados são: mudar os pensamentos (reestruturação cognitiva, segundo Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) ou impedir a ocorrência do comportamento compulsivo (prevenção de resposta compulsiva). Ambos intervêm no encadeamento. Note que a variável com função psicoterapêutica (variável independente), no primeiro caso, é o *procedimento* que mudou o pensamento de contaminação. Não é o “novo” pensamento, (por exemplo, “tocar o sofá não me contaminará”), uma vez que este é o produto, a variável dependente do procedimento aplicado. No segundo caso, a variável com função psicoterapêutica é o procedimento que impede a ocorrência do comportamento de lavar as mãos: manter a mão “contaminada”, através do

procedimento de prevenção da resposta de fuga-esquiva, no qual a pessoa é orientada para cessar o ritual de lavar a mão, rompendo, desta forma, a relação supersticiosa elaborada pelo próprio cliente. A eventual mudança no pensamento (“Posso tocar os objetos e não me contaminarei”) é também produto do procedimento de prevenção de resposta e não é tal mudança que causa a eliminação do ritual de lavar as mãos.

A interação entre ambiente e organismo, como se viu, deve sempre especificar a ocasião na qual uma resposta ocorre, a própria resposta e as conseqüências por ela produzidas (Skinner, 1953, 1957, 1969, 1989, 1990). Um analista do comportamento, para explicar qualquer comportamento operante (lavar as mãos, sentir ansiedade e pensar em contaminação) recorre às descrições das interações funcionais entre a resposta apresentada e os ambientes antecedente e conseqüente à resposta. Tais interações são denominadas de contingências de reforçamento, nas quais contingência é um termo que descreve regras que especificam relações entre eventos ambientais ou entre comportamento e eventos ambientais (Skinner, 1969).

Até o momento foram destacadas as duas principais diferenças entre o modelo comportamental e o modelo cognitivo. Em primeiro lugar, para o modelo comportamental, pensamentos e sentimentos são classes de comportamentos, tanto quanto a classe de comportamentos motores. Em segundo lugar, as três classes de comportamentos são fruto da história de contingências de reforçamento e devem ser explicadas buscando-se as relações funcionais entre o ambiente antecedente, a resposta e o ambiente conseqüente. O que diferencia a classe motora das demais é o acesso que o observador tem aos comportamentos que compõem cada classe comportamental. Comportamentos públicos (por exemplo, andar, falar etc.) podem ser observados por outra pessoa, além daquela que está se comportando. Comportamentos privados (por exemplo, pensar, imaginar, sentir etc.) tornam-se conhecidos para o outro através do relato verbal do sujeito que está se comportando ou através de inferências feitas a partir de acompanhantes públicos a eles associados (para maiores detalhes, ver Skinner, 1945).

Tal característica de difícil acessibilidade ao outro observador, entretanto, não confere aos pensamentos ou sentimentos *natureza* diferente daquela das demais manifestações do organismo e nem lhe dá *status* diferenciado ou superior

aos comportamentos motores. Para explicar a origem de quaisquer comportamentos, deve-se voltar à história genética (filogênese), à história de vida do sujeito (ontogênese) e à história da cultura ou ambiente social mais amplo onde o sujeito está inserido. Portanto, pensamento e sentimento não devem ser propostos como causas de comportamento e devem ser explicados também, como qualquer outro comportamento.

Com esta afirmação não se pretende afirmar que os analistas do comportamento não dão importância a pensamentos e sentimentos. Muito pelo contrário. Se este modelo tem como foco o comportamento e classifica pensamento e sentimento como tal, é acertado concluir que o que pensamos e sentimos é tão importante quanto o que fazemos.

Tanto os cognitivistas, como os analistas de comportamento têm os pensamentos como objeto de estudo. A diferença é que os cognitivistas aceitam a proposição de que o pensamento provoca ou causa o comportamento. No caso do TOC, um cognitivista afirmaria que os pensamentos obsessivos, ou seja, o modo como o portador interpreta as experiências determina a ansiedade e as compulsões. Para tal modelo, acontecimentos ambientais evocariam pensamentos (processamento cognitivo) e os pensamentos determinariam os sentimentos e os comportamentos. É interessante sinalizar que o modelo cognitivista, arbitrariamente, inicia o processo causal no pensamento, que se torna o ponto de partida para o que se segue. Por que não iniciar o processo causal num item anterior, respondendo a duas questões: o que causou aquele determinado pensamento? O que o vem mantendo presentemente? Respondidas tais perguntas, seria possível – se tal objetivo for desejável – evitar o aparecimento do pensamento ou eliminá-lo. Outra questão é: o que torna tal pensamento tão devastador para determinada pessoa? Todas as questões podem ser respondidas voltando-se para a história de contingências e para as contingências de reforçamento atuais. Como se pode mudar um pensamento, sem alterar o que o produziu ou o que o vem mantendo? Como se pode mudar o significado idiossincrático aversivo que um pensamento apresenta, sem lidar com o que produziu e mantém tal função adversa?

A conclusão é que a Análise do Comportamento, uma vez mudado o pensamento (por exemplo, o pensamento aversivo de contaminação), reconhece que o restante do encadeamento, que inclui a ansiedade e a compulsão (por

exemplo, lavar as mãos, o que eliminaria o efeito da contaminação), também muda. O que ela discute é *como* e *o quê* produz a mudança no pensamento, pois só assim se reconhece qual é o procedimento funcionalmente eficiente, do qual a mudança no pensamento é função. *A variável independente é o que o terapeuta faz com o pensamento e não o que o pensamento faz com o resto.*

Na Terapia Cognitiva, portanto, a principal estratégia psicoterapêutica é ajudar os pacientes a identificarem seus pensamentos, principalmente os chamados disfuncionais, testar se as cognições têm base na realidade e corrigir tais pensamentos. Por este motivo utiliza-se o registro de pensamento automático (além de outros recursos), instrumento que habilita o portador a reconhecer e a questionar seus pensamentos disfuncionais (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979).

O Analista do Comportamento considera que os pensamentos obsessivos, a ansiedade e as compulsões foram provocados ou determinados por contingências de reforçamento. Estas são o objeto de estudo e de manipulação psicoterapêutica. O papel do psicoterapeuta, que atua com a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), é investigar as variáveis que contribuem para a instalação e manutenção dos comportamentos, descrevendo e alterando as complexas interações entre contingências de reforçamento.

O caso hipotético, apresentado a seguir de maneira esquemática e didática para facilitar a compreensão do leitor, servirá para ilustrar, em linhas bastante gerais, como seria conduzida, pela Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR), a sistematização de contingências de reforçamento e a introdução de procedimentos terapêuticos para lidar com um cliente com queixa de TOC com sintomas de contaminação. Para fornecer uma visão geral do processo psicoterapêutico, serão apresentados alguns níveis de análise conceitual e alguns procedimentos que alteram as contingências de reforçamento que instalaram e vêm mantendo os comportamentos e os sentimentos do portador do TOC (note que não é objetivo dos parágrafos seguintes demonstrar precisamente o processo terapêutico de um caso real conduzido de acordo com a TCR).

Considere-se, como ilustração, a seguinte narrativa. Uma criança adquiriu o comportamento de lavar as mãos sistematicamente por: imitação (uma pessoa socialmente significativa para a criança, por ex., a mãe, emitia tal comportamento, dando-lhe modelo de como se comportar e, ao imitar a mãe, a criança recebia atenção); por instrução verbal (uma pessoa socialmente significativa lhe dizia o

que fazer e a conseqüenciava com atenção por atendê-la); por fuga-esquiva (se a criança não lavasse as mãos, era criticada ou punida de alguma forma: “Você não pode sentar-se à mesa e comer com essas mãos imundas”.); por ouvir tatos verbais distorcidos² sobre “mãos sujas” (“As mãos são a porta de entrada para infecções”; “Há micróbios por toda parte e basta tocá-los com as mãos para se contaminar” etc.); por modelação ou imitação vicariante (a criança observou que a mãe ficava extremamente perturbada, ansiosa etc., quando tocava alguma coisa que considerava como fonte de infecção e ficava calma e aliviada após engajar-se em rituais de lavar as mãos). Exposta a tais contingências de reforçamento (e, possivelmente, a outras da mesma classe), que compõem sua história de desenvolvimento comportamental, a criança pode adquirir não apenas o comportamento de lavar as mãos (operante público), mas também pensamentos, imagens etc., a respeito de lavar as mãos (operantes, inicialmente públicos, emitidos com a função de tatos verbais – como, por exemplo, “mamãe, lavei minhas mãos direitinho, como você gosta...” – , que, posteriormente, tornam-se operantes privados) e, ainda mais, sentimentos associados ao comportamento de lavar as mãos (sentir o próprio corpo, isto é, sentir os respondentes eliciados pela emissão do comportamento de se lavar, aos quais a criança aprende a nomear como “alívio”, “prazer” etc. A criança pode, inclusive, avaliar seus comportamentos ritualísticos como “gosto de lavar minhas mãos”, “me sinto bem com as mãos limpas” etc.). (Note que, se outras contingências de reforçamento forem funcionalmente mais relevantes, a criança não irá adquirir os padrões comportamentais assinalados e, como conseqüência, não será portadora de TOC.)

² Tacto distorcido é o comportamento verbal emitido sob controle de aspectos idiossincráticos de eventos ou de relações entre eventos ambientais, que não constituem a essência do evento controlador (a comunidade verbal em geral não fica sob controle daquele mesmo aspecto particular do evento ambiental) ou o evento controlador é inexistente para a comunidade (como ocorre no caso de um delírio psicótico). O tacto distorcido pode vir a controlar o comportamento de parte dos ouvintes, os quais, dessa maneira, conseqüenciam e mantêm a emissão do tacto distorcido. Por exemplo: diante de um marido que chega tarde do trabalho, completamente exausto, a mulher diz que ele é “insensível” à família e “egoísta” (possivelmente, os filhos, sob controle das verbalizações da mãe, começam a dizer que o pai é egoísta); uma mãe diz ao pediatra que o filho “não comeu nada” o dia inteiro, embora a criança tenha comido uma fruta e bolachas na hora do almoço (ocasionalmente, o pediatra pode prescrever vitaminas para “abrir o apetite” da criança). Pode ocorrer que um tacto distorcido venha a ser, posteriormente, um tacto puro ou objetivo (Skinner, 1957). Tal mudança de função dos estímulos acontece naquelas situações nas quais a comunidade passa a responder sob controle de aspectos do ambiente que antes não controlavam o comportamento verbal de seus membros, os quais ficam agora sob influência de novos dados empíricos. Provavelmente, as primeiras asserções de Pasteur sobre a existência de microorganismos que causavam doenças foram consideradas inapropriadas...

As mesmas contingências de reforçamento (de acordo com uma dada história particular de interação familiar) que deram origem a comportamentos ritualísticos de limpeza (chamados de compulsões) podem dar origem a pensamentos aversivos repetitivos associados com contaminação: “há micróbios em toda parte...”; “micróbios matam...”; “lavar muitas vezes as mãos evita doença...” (chamados de obsessões). Note que a ordem de instalação dos comportamentos de lavar as mãos ou pensar em contaminação pode variar, dependendo de particularidades da história de contingências de cada um. O que importa destacar é que *fazer* (“lavar as mãos”) ou *pensar* (“micróbios causam doenças”) são comportamentos produzidos pelas mesmas classes de contingências de reforçamento e, como tal, um não é hierarquicamente mais ou menos relevante que o outro; um não determina o outro.

Atualmente, já adquiridos os comportamentos, tanto os públicos como os encobertos, o funcionamento comportamental da pessoa pode passar ao controle de contingências de reforçamento que produzem ansiedade. Tal ponto ficará mais claro apresentando-se o paradigma da ansiedade demonstrado em condições experimentais:

FIG.2. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PARADIGMA DA ANSIEDADE

Estímulo Condicionado (CS)	Resposta (R)	Estímulo Incondicionado (US)
É apresentado um estímulo neutro arbitrário (luz) com duração fixa qualquer (10 seg)	Não há resposta possível que evite a apresentação do S aversivo	Após os 10 seg, a luz é desligada e é apresentado um S aversivo inescapável (choque elétrico) com uma duração fixa pré-determinada (2 seg)

Após algumas associações luz-choque, a luz adquire a função de um estímulo pré-aversivo condicionado (CS) e a sua apresentação produz alterações comportamentais e emocionais no sujeito experimental: respondentes (defecar, urinar, arrepiar os pelos etc.) e operantes (roer as barras da base da caixa experimental, se mover “sem rumo”, tentar se equilibrar em uma única barra da base da caixa etc.). Após o choque, tais comportamentos cessam até a

apresentação seguinte do CS. Convencionou-se chamar tal procedimento de paradigma de ansiedade e as reações observadas durante a presença do CS de ansiedade condicionada.

O análogo animal acima descrito oferece um modelo de compreensão do que pode ocorrer com a pessoa. Assim, objetos neutros para as pessoas em geral, quanto à possibilidade de contaminação, adquiriram para o cliente funções pré-aversivas condicionadas (têm a função da luz), como resultado de uma história particular de contingências a que foi exposto. A doença (que a pessoa acredita que poderá contrair como resultado da contaminação) tem função equivalente à do choque: é o estímulo aversivo.

Há, no entanto, duas diferenças básicas entre o modelo experimental e a situação cotidiana da pessoa, que podem tornar o paradigma, no caso humano, disfuncional³. A primeira diferença é que, na vida real, a infecção (equivalente ao choque) não ocorre. No entanto, a pessoa, sob influência de alguém, pensa e acredita que se contaminará. Aquilo que era uma “regra” arbitrária, sem apoio empírico, da pessoa socialmente significativa (a mãe, por exemplo), formulada como uma contingência de reforçamento aversiva para a criança: “Se você tocar o sofá, será contaminada por micróbios e, então, adoecerá”, passa a ser uma “auto-regra” para o cliente adulto, ou seja, ele próprio formula uma contingência de reforçamento aversiva e passa a se comportar em função dela: “Se eu tocar o sofá, serei contaminado”. Tal auto-regra cria o paradigma de ansiedade apenas para aquela determinada pessoa e não para outras, as quais não foram expostas à mesma história de contingências. A segunda diferença diz respeito à função da resposta de fuga-esquiva: no análogo animal acima descrito, não há resposta de fuga-esquiva possível durante o período entre a apresentação do CS pré-aversivo e a liberação do US aversivo, ou seja, o sujeito experimental entrará, inevitavelmente, em contato com o choque aversivo, doloroso e não emitirá nenhuma resposta operante com função supersticiosa de fuga-esquiva do choque

³ Pode-se dizer que o paradigma gera padrões de comportamentos e de sentimentos “atípicos”, quando os componentes do paradigma não têm função generalizada para indivíduos da mesma espécie. Assim, por exemplo, um choque doloroso inescapável tem função aversiva para o organismo, experimental ou humano, independente de história peculiar de contato com contingências e, como tal, produz padrões comportamentais de ansiedade, que não deveriam ser rotulados de “atípicos”. Por outro lado, um comentário a respeito de um trabalho realizado pode ter função de crítica aversiva para uma pessoa ou de ajuda para melhorar o desempenho para outra, dependendo da história de contingências de cada uma delas. Portanto, a ansiedade gerada por um comentário pode ser considerada “atípica”.

(na realidade, ocorre uma supressão do repertório operante vigente antes e depois do período CS-US).

Durante seu desenvolvimento, o cliente aprendeu uma segunda “regra” com a pessoa socialmente significativa, formulada como um comportamento de fuga-esquiva do evento aversivo: “Se você lavar bem as mãos toda vez que tocar um objeto contaminado, então evitará contrair qualquer moléstia”. Tal “regra” passa a ser uma “auto-regra” para o cliente adulto (“se eu lavar bem as mãos toda vez que tocar...”) e a “auto-regra” passa a funcionar como uma instrução para si mesmo: “Vá e lave bem as mãos. Lave ainda melhor. Lave também os braços” etc. e, desta forma, a resposta compulsiva vai variando, se tornando mais complexa e mais elaborada. Nesta condição a pessoa emite a resposta de fuga-esquiva (lavar as mãos) e evita supersticiosamente o evento aversivo (contaminação e doença), que de qualquer maneira não ocorreria, mesmo que a resposta não houvesse sido emitida.

O que mantém o comportamento compulsivo de fuga-esquiva lavar as mãos? É a relação supersticiosa (no sentido de que não é uma relação real) de evitação da moléstia, que efetivamente não vem (não necessariamente por causa do ritual de limpeza, pois a pessoa raramente tocará objetos contaminados). É como se ela dissesse para si mesma: “Funcionou. Lavei as mãos e nada de ruim me aconteceu”. Como podem ocorrer novas “contaminações” (a pessoa, necessariamente, continuará tocando inúmeros objetos na sua rotina cotidiana), há necessidade de emissão de novos rituais compulsivos. Assim, o ciclo: tocar um objeto (o qual, muito provavelmente, não está contaminado), pensar que se contaminou, sentir ansiedade, lavar as mãos de modo compulsivo, diminuir temporariamente a ansiedade, voltar a pensar que se contaminou e assim sucessivamente, vai se repetindo com a *adição* de pensamentos cada vez mais aversivos sobre contaminação e com variações cada vez mais sofisticadas de rituais de descontaminação.

Com tais informações disponíveis, o psicoterapeuta pode adotar vários procedimentos, aplicados isoladamente ou em conjunto. (Estão excluídos desta apresentação os procedimentos médicos, não obstante poderem ser parte integrada dos procedimentos terapêuticos.) Assim:

- a. Descrever para o cliente as contingências de reforçamento sociais que deram origem à auto-regra. (Auto-regra é o termo usado na proposta

- comportamental, que equivale aos termos pensamento automático, crenças centrais, crenças condicionais, pensamentos irracionais etc.). Ao conhecer como as auto-regras foram instaladas, foi dado um passo na direção de enfraquecê-las e eliminá-las. O cliente constata que emite um comportamento que foi aprendido sob controle de contingências sociais equivocadas, assim nomeadas, pois não descrevem a realidade. Se são comportamentos aprendidos, podem, então, ser eliminados e substituídos por outros comportamentos apropriados, desde que sejam alteradas, na direção apropriada, as contingências de reforçamento em operação. Fala-se em reestruturação cognitiva, na abordagem cognitiva; ou substituição de auto-regra disfuncional por outra funcional, na perspectiva comportamental;
- b. Proceder a orientação familiar, visando a reorganizar as contingências de reforçamento sociais que vêm mantendo e reforçando diferencialmente os padrões comportamentais considerados indesejados, substituindo-as por contingências de reforçamento contingentes a comportamentos desejados, alternativos ou incompatíveis com aqueles que se deseja eliminar, mesmo que expressos, no início, de forma incipiente;
 - c. impedir o cliente de emitir o comportamento de fuga-esquiva supersticioso (ele não pode lavar as mãos com o propósito de evitar a contaminação), de tal maneira que ele passe a discriminar que a moléstia não ocorre, mesmo não tendo se descontaminado. No início, há um aumento da ansiedade diante da suposta iminência do evento aversivo, mas, com a sucessiva constatação de que a contaminação não ocorreu, o CS pré-aversivo – “objeto que contamina” – perde a função aversiva. No análogo animal, seria equivalente a apresentar a luz (CS) e não apresentar o choque aversivo. Paulatinamente, o CS perde a função de estímulo pré-aversivo e o animal deixa de apresentar comportamentos operantes e respondentes sob controle do estímulo pré-aversivo e desaparece a ansiedade (o estímulo com função pré-aversiva torna-se neutro). Fala-se em prevenção de resposta de fuga-esquiva;
 - d. aumentar o contato do cliente com as condições de contaminação, de modo a aumentar a probabilidade de, segundo a auto-regra por ele formulada, ser infectado pelos micróbios. Esta técnica deve ser associada com a anterior, de tal maneira a acelerar o processo de rompimento das

- seguintes relações supersticiosas: 1. tocar objetos produz contaminação (com este procedimento ocorrem muitos contatos físicos com objetos “contaminadores” e nada ocorre); e 2. lavar compulsivamente as mãos elimina o efeito da contaminação, e a moléstia, por essa razão, não ocorre (a pessoa é impedida de lavar as mãos e a moléstia não aparece). Trata-se de procedimentos de extinção operante e de extinção respondente;
- e. instalar comportamentos de “contaminar-se”, isto é, de tocar objetos potencialmente perigosos para o cliente e conseqüenciá-lo com atenção, elogio etc., prováveis reforços sociais generalizados positivos, de modo a fortalecer comportamentos de produzir os eventos pré-aversivos e de testar a função supersticiosa que têm. O procedimento chama-se reforçamento positivo de comportamentos incompatíveis com comportamentos de fuga-esquiva;
 - f. instalar outros comportamentos que produzem reforços positivos sociais e não sociais, arbitrários e naturais, com o objetivo de ampliar o repertório de comportamentos do cliente, habituando-o a interagir com novas pessoas, a engajar-se em atividades culturais, de lazer, de participação comunitária, de trabalho etc. O aumento generalizado e amplo de repertório de comportamentos de interação com o mundo em que a pessoa está inserida e a manutenção de tal repertório por conseqüências reforçadoras positivas são maneiras de enfraquecer um repertório inadequado forte, através do fortalecimento de outros comportamentos que não aqueles indesejados. Tal procedimento chama-se reforçamento positivo diferencial de quaisquer outros comportamentos, exceto daqueles que são indesejados (*DRO*).

A aplicação simultânea de todos os procedimentos apresentados aumenta a probabilidade de sucesso psicoterapêutico, ressaltando-se que cada técnica tem que ser adaptada às condições particulares de cada cliente.

A proposta da Análise de Comportamento e da TCR apresentada para lidar com o TOC é coerente com o modelo conceitual delineado no início do presente artigo e abrange tanto os comportamentos privados como os públicos. A análise apresentada os mantém sob controle das mesmas leis que regem quaisquer comportamentos e subtrai dos comportamentos privados, quer sejam pensamentos ou sentimentos, a função de causadores de comportamentos

públicos ou de quaisquer outros comportamentos. Os sentimentos envolvidos no episódio de TOC, sendo comportamentos operantes e respondentes, também são influenciados pelo rearranjo das contingências de reforçamento e se alteram na direção determinada pelo manejo bem sucedido do procedimento, sem merecer, nem exigir nenhum tratamento especial (por se tratar de sentimentos), que vá além das mencionadas alterações das contingências de reforçamento.

Referências

Barrett, P., Healy-Farrell, M. C. P. e March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62, January.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. e Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Fals-Stewart, W., Marks, A. P. e Schafer, J. (1994). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(3), May.

Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em Brandão, M. Z., Conte, F. C. e Mezzaroba, S. M. B. (Orgs.). *Comportamento Humano – Vol. 1*, pp. 63-98. Santo André: ARBytes.

_____. (2004a). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em Abreu, C. N. e Guilhardi, H. J. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental; práticas clínicas*. p. 3-40. São Paulo: Roca.

_____. (2004b). Análise Comportamental do Sentimento de Culpa. Em Teixeira, A. M. S., Assunção, M. R. B., Starling, R. R. e Castanheira, S. (Orgs.). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar – Vol. 1*. pp. 158 – 183. Santo André: ARBYTES.

_____. (2004c). Considerações sobre o papel do terapeuta ao lidar com os sentimentos do cliente. Em Brandão, M. Z., Conte, F. C. S., Brandão, F. S., Ingberman, V. K., Silva, V. L. M. e Oliani, S. M. (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição* – Vol.13, pp. 229-249. Santo André: ARBytes.

Matos, M. A. (2001). Com o que o Behaviorismo Radical trabalha? Em Banaco, R. A. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* – Vol.1, pp.49-69. Santo André: ESETec Editores Associados.

Meyer, V. (1966). Modification of expectation in cases with obsessional rituals. In: *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.

Rachman, S., Hodgson, R. e Marks, I. M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. In: *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.

Salkovskis, P. M. e Kirk, J. (1997). Distúrbios obsessivos. Em Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. e Clark, D. M. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático* (p. 186-239). São Paulo: Martins Fontes.

Steketee, G. e Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1):43-50.

Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.

_____. (1945) *Psychological Record*. 52, 270-277.

_____. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Macmillan Company.

_____. (1957). *Verbal behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

_____. (1969). *Contingencies of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.

_____. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

_____. (1989). *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus, Merrill Publishing Company.

_____. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.

Van Oppen, P., de Haan, E., Van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K. e Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4):374-90, May.

Volpato Cordioli, A., Heldt, E., Braga, B. D., Margis, R., Basso de Sousa, M., Fonseca Tonello, J., Gus Manfro, G. e Kapczinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy Psychosomatic*, 72(4):211-6, Jul-Aug.