

## **MECANISMOS EXPLICATIVOS DOS COMPONENTES COMPORTAMENTAIS DO TOC**

**HÉLIO JOSÉ GUILHARDI<sup>1</sup>**

**Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento –Campinas**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem sido conceituado como um fenômeno que envolve mecanismos neurofisiológicos (componentes endógenos do TOC) e comportamentais (obsessões e compulsões). As obsessões têm sido subdivididas em pensamentos, imagens e impulsos. Como exemplo de pensamentos obsessivos, pode-se citar a crença de que tocar objetos do ambiente cotidiano em que a pessoa vive pode contaminá-la, o que a levaria a contrair doenças e, como consequência, à morte. As imagens poderiam ser exemplificadas com a visão inopinada e invasiva de cenas horríveis, tais como, por exemplo, assistir ao atropelamento de um filho, o velório de uma pessoa querida etc., visões essas que se apresentam com extrema intensidade dramática e nítido realismo, os quais produzem elevado grau de sofrimento. Os impulsos podem ser ilustrados pela predisposição que a pessoa supõe ter de cometer um ato, o qual seria, segundo a própria avaliação dela, incontrolável e de consequências desastrosas. Assim, por exemplo, a pessoa teme acordar durante a noite e sufocar seu bebê até à morte, com o travesseiro. Ou pegar, num ato repentino, um objeto pontiagudo e com ele furar os olhos de alguém indefeso...

As compulsões são comportamentos que, uma vez emitidos, evitam, anulam ou diminuem o sofrimento originado pelas obsessões. Assim, a pessoa que teme se contaminar pode evitar tocar objetos ao seu redor, pode limpá-los de forma exagerada, ou descontaminar-se, de maneiras elaboradas, meticulosas, idiossincráticas, toda vez que toca em alguma coisa “contaminada” etc. Os indivíduos que têm visões catastróficas podem usar vendas amarradas na cabeça para evitar enxergar as cenas, engajar-se em práticas religiosas (rezar, por exemplo) de formas exageradas e fora de qualquer orientação compatível com as atividades religiosas saudáveis, a fim de se proteger contra o aparecimento de tais visões ou para pedir proteção divina para os entes queridos protagonistas das imagens. A mãe que teme seu impulso de sufocar o bebê pode dormir amarrada à própria cama. Enquanto aquela pessoa que teme ferir alguém remove da casa facas, chaves de fenda, lapiseiras etc.: qualquer objeto, enfim, que possa induzir ao impulso, supostamente, incontrolável! As ocorrências das compulsões exibem uma impressionante gama de variabilidade comportamental...

---

<sup>1</sup> Janeiro/2012.

Em todas as situações mencionadas, o grau de ansiedade é elevado e há sofrimento intenso, a ponto de a pessoa se sentir impossibilitada de conduzir suas rotinas pessoal e profissional com naturalidade. Há importantes prejuízos nas interações interpessoais, pois a pessoa se mostra pouco receptiva ao que ocorre ao seu redor: recusa-se a conversar, não expressa afeto pelo outro, abstém-se de atividades sociais, envolve as pessoas que a cercam nos rituais compulsivos, comporta-se, enfim, como se a rotina do mundo em que vive e as pessoas do seu convívio fossem completamente irrelevantes ou ameaçadoras. Aquelas que ameaçam o controle que o portador de TOC mantém sobre o ambiente podem ser incluídas nos comportamentos de evitação. Assim, quaisquer familiares que supostamente se contaminarem (por exemplo, o marido que chega de fora de casa após o trabalho...) também precisam ser descontaminados – tirar a roupa com a qual chegam da rua, na entrada da casa, tão logo cheguem; outros (por exemplo, filho que tem namorada, um grupo de atividades sociais etc.) estão proibidos de convidar amigos para entrar na casa... Outros ainda são incluídos no controle; assim, por exemplo, em vez de se amarrar na cama, a mãe pode se amarrar ao braço do marido, a fim de que ele a detenha na eventual ocorrência do impulso contra o filho no berço!

### *Explicação corrente*

Os componentes comportamentais do TOC têm sido explicados com base na teoria dos dois fatores (Mowrer, 1947). Tal explicação pode ser assim resumida:

1. As obsessões produzem intensa ansiedade, a qual gera um grau elevado de sofrimento.
2. Sob controle da ansiedade – isto é, do sofrimento associado a ela -, a pessoa se engaja em comportamentos de fuga-esquiva (as compulsões), os quais, uma vez emitidos, reduzem o sofrimento. Trata-se, portanto, de comportamento de fuga (os rituais compulsivos) mantido por reforçamento negativo (redução da ansiedade aversiva).
3. As obsessões são crenças supersticiosas, isto é, descrevem relações improváveis ou incorretas entre eventos. Desta forma, a crença pode ser assim formulada: “Se eu tocar este objeto (em geral, trivial no universo cotidiano da pessoa), então eu serei contaminado e daí decorrerá doença e morte...” (Note que não há referência a objetos que são, de fato, capazes de contaminar, como, por exemplo, resíduos cirúrgicos de um hospital!) Por outro lado, “Se eu vi a cena de atropelamento, então estou sendo alertado por alguma força acima de mim de que o acidente fatal ocorrerá”. (De maneira análoga, “ver” uma cena de atropelamento não é necessariamente uma *previsão* de que tal acidente ocorrerá e, certamente, a “visão” não será *causa* de nenhum atropelamento).
4. A emissão dos comportamentos compulsivos tem, então, dupla função:
  - a. são comportamentos de fuga da ansiedade aversiva (do sofrimento, enfim) e
  - b. são comportamentos de esquiva da crença supersticiosa.O comportamento de esquiva é emitido *antes* que o evento aversivo ocorra. Como tal, não há possibilidade de a pessoa verificar a propriedade da crença. Em outras palavras, se ela tocasse os objetos que julga serem agentes de contaminação, o que aconteceria?

Se ela simplesmente suportasse a “cena” de atropelamento, o evento trágico “visto” ocorreria? Se a mãe se deitasse sem amarrar o braço à cama ou ao marido, o impulso de atacar o filho a dominaria? O portador do TOC não se dispõe a fazer tal certificação de maneira sistemática.

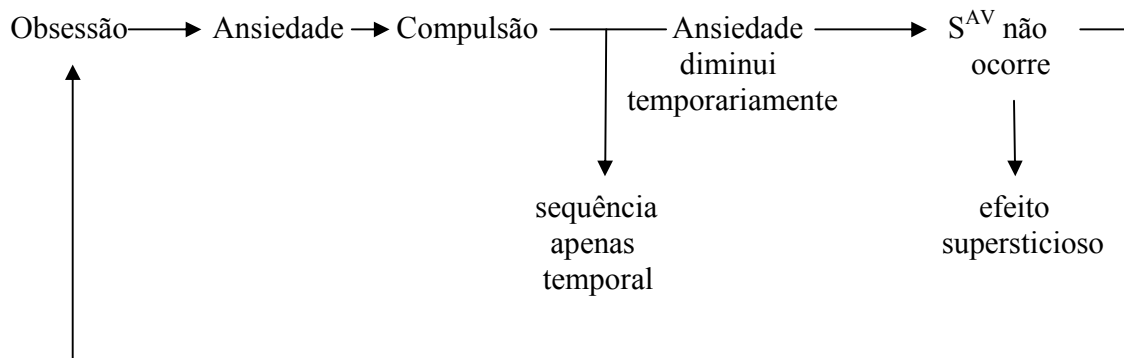
5. A redução do sofrimento é temporária; a obsessão reaparece intermitentemente, e o ciclo obsessão, ansiedade, compulsão, redução da ansiedade, obsessão... se repete e vai se intensificando. As compulsões vão se tornando mais complexas, são emitidas por tempos mais longos, se ampliam incluindo encadeamentos de respostas (uma cliente se descontaminava tomando banhos que duravam mais de cinco horas ininterruptas – tempo medido pelo marido – e, além de se lavar, lavava todos os azulejos do box, os metais do banheiro etc.). A explicação para a repetição do ciclo é que a fuga da ansiedade, produzida pela emissão do comportamento compulsivo, não altera a crença supersticiosa, pois a esquiva se antecipa à ocorrência do evento aversivo pressuposto e não há teste da superstição na realidade. Como tal, a função aversiva das obsessões não se dilui definitivamente e aos poucos a aversividade condicionada e idiossincrática que a pessoas lhes atribui reaparece e se intensifica.
6. Decorre daí o procedimento de *prevenção da resposta*, que tem sido empregado para modificar os transtornos obsessivo-compulsivos. Prevenção da resposta significa: impedir que a resposta de fuga (da ansiedade) e esquiva (da crença supersticiosa) – qual seja, o ritual compulsivo – seja emitida. Se o procedimento for adequadamente aplicado, duas consequências ocorrerão:
  - a. a ansiedade aumentará no início do procedimento, mas terá duração limitada, diminuirá progressivamente e será enfraquecida por mecanismo de extinção respondente. A ansiedade é um fenômeno fisiológico autolimitado: o mecanismo bioquímico não se mantém indefinidamente. A ansiedade, em algum momento, diminui e cessa temporariamente. Por outro lado, se o comportamento compulsivo não ocorrer, não haverá manutenção da ansiedade, pois não ocorrerá associação CS-US, ou seja, entre a crença supersticiosa (CS) e o evento aversivo pressuposto, qual seja, a contaminação (US).
  - b. a crença supersticiosa será verificada empiricamente e substituída por outra crença mais apropriada: “Mesmo que eu toque objetos do meu mundo cotidiano e não me envolva em rituais de descontaminação, não ocorrerá a contaminação temida”.

### *Críticas ao paradigma dos dois fatores e explicação alternativa*

Os paradigmas abaixo resumem o mecanismo explicativo dos componentes comportamentais do TOC de acordo com a teoria dos dois fatores de Mowrer:

<i>Antecedente à ansiedade</i>	<i>Antecedente à compulsão</i>	<i>Respostas operantes</i>	<i>Consequente 1</i>	<i>Consequente 2</i>
Pensamento obsessivo com função aversiva elicia respondentes aversivos.	Ansiedade é eliciada pela obsessão e ocorre intenso sofrimento.	Ocorrem respostas de fuga da ansiedade (que tem função aversiva), que são as compulsões.	Ansiedade diminui e o comportamento compulsivo é reforçado negativamente pela redução do sofrimento produzido pela ansiedade. A redução da ansiedade é que mantém os comportamentos compulsivos	O evento aversivo é evitado: não há contaminação (esquiva) ou faz-se a descontaminação (fuga) como resultado da emissão da compulsão. ↓ efeito supersticioso

A sequência temporal dos consequentes é crucial.



Obsessões e compulsões são comportamentos, sujeitos às mesmas leis, e não há entre as duas classes de operantes nenhuma diferença de hierarquia. São todas manifestações do organismo. O que pode diferenciar uma classe da outra é o acesso à observação: obsessões são comportamentos operantes encobertos, acessíveis à observação exclusivamente para aquele que as emite; compulsões são comportamentos operantes públicos, acessíveis a dois ou mais observadores independentes entre si.

Ansiedade também é comportamento. Diga-se, mais uma manifestação do organismo, com componentes operantes e respondentes e determinada por contingências de reforçamento do tipo resposta-estímulo (operante) e estímulo-estímulo (respondente). Para maiores esclarecimentos sobre o conceito skinneriano de sentimentos, ver Guilhardi (2004; 2007).

Comportamento não causa comportamento (Guilhardi, 2011). Logo, obsessão não pode causar compulsão, obsessão não causa ansiedade e nem ansiedade causa compulsão. São três classes de manifestações do organismo a serem explicadas e, como tal, não são explicações umas das outras.

O modelo explicativo do Behaviorismo Radical é o da seleção pelas consequências (darwiniano, biológico) e não mecanicista (newtoniano, da Física). A explicação última para qualquer comportamento tem que ser procurada no ambiente externo ao organismo.

Pode-se argumentar, a partir de experiência intuitiva (uma péssima conselheira, diga-se de passagem) que um comportamento causa outro comportamento: “Penso na mamãe e, então, ligo para ela!” Pensar ocorre antes de ligar, logo seria causa de ligar. A mera sequência temporal não autoriza a conclusão de que aquilo que vem primeiro é causa do que vem em seguida. Vamos recorrer a uma analogia para tornar mais claro o raciocínio. Assim: há um telefone público na esquina movimentada de um bairro. A pessoa se aproxima. Faz uma chamada. Conversa por algum tempo. Desliga e vai embora. Não se diz que o telefone público é causa do comportamento de ligar para determinada pessoa. O telefone estabelece um controle de estímulo sobre o comportamento de discar. Pode-se dizer que tem a função de  $S^D$  (é um evento estímulo ambiental que estabelece a ocasião em que, se uma resposta específica for emitida – digitar o número desejado, pagar antecipadamente pela chamada etc. –, será reforçada; neste exemplo, pelo atendimento da chamada feito pela pessoa com quem se deseja falar). Todo o encadeamento de respostas foi instalado por contingências de reforçamento sociais prévias, as quais produziram a função  $S^D$  para o telefone. Mas o telefone não tem função de  $S^D$  o tempo todo. Há necessidade de estar presente uma operação estabelecadora – no exemplo, alguma ocorrência, estado de privação etc., que leva a pessoa a dizer para si mesma: “Preciso falar com...” –, que atualiza a função de  $S^D$  do telefone. Se tal operação motivacional não estiver atuando, o telefone terá função neutra e será, simplesmente, ignorado. Também não se diz que a operação estabelecadora é causa do comportamento de ligar. A operação estabelecadora aumenta a probabilidade de a pessoa se comportar na presença do telefone, sob controle da função deste como  $S^D$ . O que ocorreria se, ao se aproximar do telefone, a pessoa encontrasse um aviso: “Telefone com defeito”? Tal sinalização mudaria a função do telefone para  $S^A$ : estímulo diante do qual, mesmo que determinada resposta seja emitida, ela não será reforçada. O telefone, nesta nova condição, não “causaria” o comportamento de ligar. O que mudou? A consequência produzida pelo comportamento de digitar o número desejado. Insistir em digitar o número do telefone desejado, agora, resultará em silêncio do outro lado da linha, ruído de aparelho com defeito e, eventualmente, perda de dinheiro ou de crédito na ficha telefônica. Conclui-se, então, que a função do telefone e o comportamento de usá-lo são determinados pela consequência que produzem: reforço social positivo generalizado (a voz da pessoa procurada). No Behaviorismo Radical, não se diz que a consequência (que se segue ao comportamento que a produziu) é *causa* (termo mais afinado com o modelo explicativo mecanicista) do comportamento; mas afirma-se que a consequência produzida pelo comportamento o *seleciona* (modelo explicativo darwiniano da seleção do comportamento pelas consequências que produz).

Voltemo-nos agora para o comportamento humano: todo e qualquer comportamento operante compõe uma *classe de respostas* (nenhuma resposta é exatamente igual àquela que foi emitida) e se expressa como um *encadeamento* de respostas, subdividido arbitrariamente em elos, os quais têm função de  $S^D$  para o elo seguinte e de  $S^{r+}$  para o elo antecedente. Note que qualquer resposta pode ter *função* de estímulo para outra resposta.

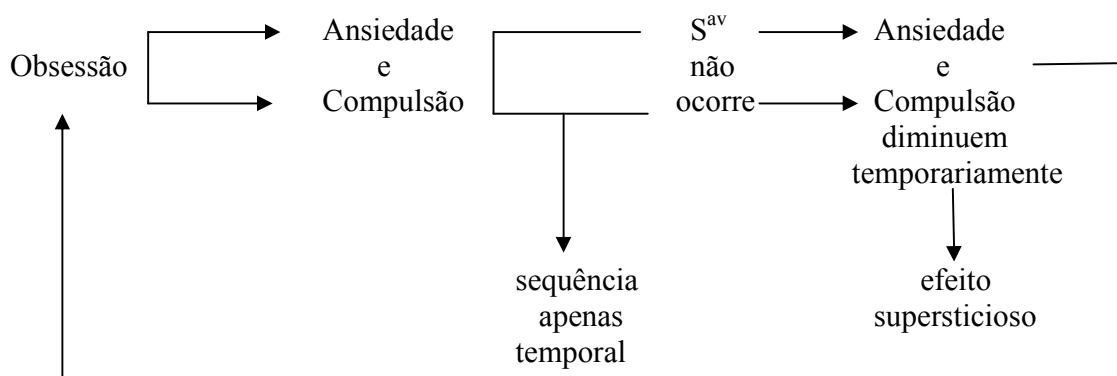
Mais claramente: uma manifestação do organismo pode ser um evento-resposta ou um evento-estímulo, dependendo de como se analisa sua função num episódio comportamental específico que está sendo analisado. Assim: são 10 horas. João pensa: “Preciso sair para ir ao médico...”, pega a chave do carro e... Dez horas é um  $S^D$  para a resposta *encoberta* “Preciso sair...”; “Preciso sair...” (a mesma atividade do organismo que é identificada como resposta encoberta no elo anterior do encadeamento) agora tem a *função-estímulo* (é um  $S^D$ ) para a resposta pública seguinte, pegar a chave do carro. Em outras palavras, qualquer ação do organismo pode adquirir a função de estímulo e, como tal, é parte do ambiente de dado organismo. Ambiente é qualquer evento externo à resposta que a influencia. Logo, uma resposta que antecede ou que se segue a uma resposta determinada é externa a tal resposta específica e pode ter alguma das múltiplas funções que um estímulo pode adquirir (assim:  $S^D$ ,  $S^A$ ,  $S^{pré-av}$ ,  $S^{Dpun}$  etc.). Conclui-se que nenhuma resposta ou comportamento é *causa* de outra resposta ou comportamento. Voltemos agora ao exemplo que serviu de início à presente análise: “Penso na mamãe...” ou “Lembro-me da mamãe...” são respostas que – dependendo das operações motivacionais presentes – incorporam funções específicas de estímulo. Assim, se é o dia do aniversário dela, pensar nela ou lembrar-se dela aumenta a probabilidade de ligar para ela (o comportamento de pensar nela ou de lembrar-se dela é  $S^D$  para a resposta seguinte: ligar para ela e parabenizá-la...). Se ela estiver viajando e, nesse período, incomunicável, lembrar-se dela ou pensar nela é uma resposta encoberta com função de  $S^A$  para o comportamento de ligar para ela. Se a mamãe é muito autoritária e dá bronca quando se passam dias sem que o filho ligue e fale com ela, a passagem dos dias sem comunicação aumenta a probabilidade de ligar para ela como comportamento de fuga-esquiva dos comentários aversivos (o comportamento de pensar nela ou de lembrar-se dela é um  $S^{pré-av}$  para a emissão da resposta de ligar e falar com ela e, desta forma, evitar a bronca desagradável). Nas três situações apontadas, o comportamento de pensar na mamãe tem funções diferentes e, em nenhuma delas, causa o comportamento de ligar. Influencia a probabilidade de ligar, porém o elemento funcional que instala a função do comportamento de pensar na mãe é a consequência selecionadora que será produzida pela resposta que se segue ao pensar nela, qual seja, ligar: aumenta a probabilidade de ligar quando a função é de  $SD$  (e a consequência é reforçadora positiva) ou se é  $S^{pré-av}$  (e a consequência é reforçadora negativa: evita ou minimiza comentários aversivos); ou diminui a probabilidade de ligar quando a função é de  $S^A$  (e a consequência reforçadora positiva não pode ser produzida pelo comportamento).

Agora você está pronto para entender o modelo explicativo sobre o TOC, proposto pelo Behaviorismo Radical. O pensamento obsessivo é uma manifestação do organismo, que foi instalada por contingências de reforçamento que fazem parte a história de contingências da pessoa. Adquire o fenótipo de uma regra do tipo *se..., então...* (se tocar os objetos, então serei contaminado e adoecerei e, eventualmente, posso morrer...). Tal regra é um evento antecedente e passa a ter *função* de estímulo pré-aversivo (trata-se de um evento resposta com função de estímulo) que explicita (de forma supersticiosa, entretanto) qual evento aversivo será produzido se determinada classe de respostas (tocar objetos considerados contaminadores) for emitida e qual o comportamento de fuga-esquiva que

deve ser emitido, caso alguma resposta daquela classe específica (contaminar-se) venha a ser emitida.

Examine o paradigma que se segue:

<i>Antecedente</i>	<i>Comportamentos</i>	<i>Consequente</i>
Pensamento obsessivo com função de S pré-aversivo	Elicia respondentes que são nomeados como ansiedade e, concomitantemente, aumenta a probabilidade de emissão de respostas operantes de fuga-esquiva (chamadas de compulsão).	O evento aversivo suposto não ocorre (há reforçamento negativo supersticioso).



No paradigma explicativo acima, a ansiedade e a compulsão têm o mesmo *status*: são manifestações do organismo. A ansiedade não causa a compulsão. Ocorre concomitantemente. Corrige-se, desta maneira, o equívoco conceitual que diz que comportamento causa comportamento. Em particular, não se atribui ao sentimento de ansiedade função causal.

A obsessão tem função de evento antecedente pré-aversivo, com a peculiaridade de: 1. explicitar qual a resposta que produz o evento aversivo; 2. qual resposta permite à pessoa se esquivar ou fugir dele (componente operante produzido pelo evento pré-aversivo) e 3. eliciar ansiedade (componente respondente eliciado pelo evento pré-aversivo).

A função aversiva é fruto de comportamento governado por regras. A pessoa não precisa ter tido contato com os eventos aversivos preconizados na regra, para ficar sob controle deles. Por outro lado, uma vez que os comportamentos de esquiva (evitar a contaminação) e de fuga (se descontaminar) ocorrem prontamente e em alta frequência, a pessoa não consegue testar empiricamente a existência do evento aversivo suposto. Assim, o ritual supersticioso se mantém.

O reforçamento negativo mantém a crença supersticiosa (obsessão), mantém os comportamentos de fuga-esquiva (compulsão) e reduz a ansiedade, mesmo sendo um mecanismo supersticioso (não ocorre, de fato, nem evitação, nem fuga do evento aversivo). Diferentemente do paradigma da teoria dos dois fatores, não é a redução da ansiedade que mantém os comportamentos compulsivos. A ansiedade se reduz e os comportamentos compulsivos se mantêm pela não ocorrência do evento aversivo suposto (contaminação).

O modelo da teoria dos dois fatores propõe a prevenção de respostas como procedimento que leva a pessoa a testar a realidade e, assim, a desmontar a crença supersticiosa (quebra-se a regra supersticiosa e a obsessão desaparece): se a contaminação não existe (o evento aversivo não ocorrerá), então não ocorre a ansiedade; se não há ansiedade, então não há necessidade de emitir os comportamentos compulsivos de fuga-esquiva.

O modelo do Behaviorismo Radical também propõe a prevenção de respostas como procedimento que leva a pessoa a testar a realidade e, assim, a desmontar a crença supersticiosa. Se a contaminação não existe (o evento aversivo não ocorrerá), então a ansiedade diminui e os comportamentos compulsivos de fuga-esquiva se enfraquecem. Ao lado de tal procedimento, a análise aplicada do comportamento também analisa e demonstra para o cliente qual a história de contingências que instalou a crença supersticiosa; se propõe a instalar um repertório amplo de comportamentos em múltiplas áreas (profissional, de lazer, de interações sociais e afetivas etc.), que produzam reforços positivos; amplia adicionalmente a variedade de reforços positivos aos quais o cliente passa a responder (aumenta a sensibilidade dele aos reforçadores positivos disponíveis no contexto de sua vida); analisa e influencia as contingências de reforçamento que mantêm o encadeamento de obsessões-compulsões; instala repertório de comportamentos que devem substituir as obsessões e compulsões (as quais vêm competindo com a instalação e manutenção de outros comportamentos desejados).

### *Apêndice*

O seguinte relato, extraído de Dustin (1969), pode esclarecer com detalhes a teoria dos dois fatores, de Mowrer:

“Numa tentativa para explicar melhor como o comportamento de esquiva pode se extinguir tão lentamente, Mowrer desenvolveu sua teoria dos dois fatores, assim chamada porque propõe que os dois condicionamentos, clássico e instrumental, são fatores na aprendizagem de esquiva.”

“Ambos os condicionamentos ocorrem no estágio mais inicial da aprendizagem da esquiva, aquele estágio no qual o sujeito experiencia o estímulo desagradável e, então, foge dele. Primeiro, porque o garoto vê o cachorro e, ao mesmo tempo, sente a dor dos dentes mordendo sua perna, ele aprende a temer a visão do cachorro. Este é o condicionamento clássico. Em seguida, vem uma hipótese particularmente crucial – a de que este medo aprendido (ou, mais exatamente, sua redução) é responsável, em parte, pela aprendizagem da resposta de esquiva [correr do cachorro simplesmente ao vê-



lo]. Isto é, quando o menino corre para dentro de casa, se afastando do cão que o ataca, seu medo diminui, e essa redução do medo reforça seu comportamento de correr; como resultado, ele aprende a correr para dentro de casa sempre que vê um cachorro. Isto é condicionamento instrumental [operante]. O diagrama abaixo ilustra a teoria:

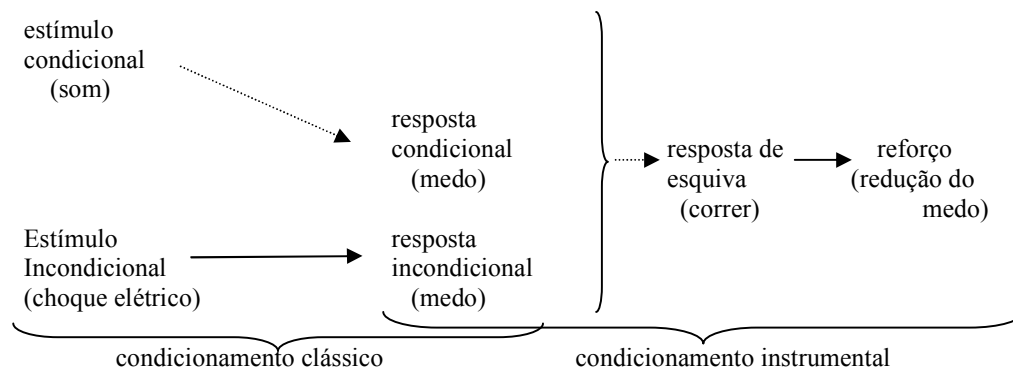


Figura 1. Teoria dos dois fatores de condicionamento de esquiva, de Mowrer. As setas interrompidas indicam “conexões” que são aprendidas gradualmente. As setas contínuas indicam “conexões” que existem desde o início do condicionamento.

“Se a teoria, assim proposta, está correta, o que aconteceria quando o garoto começa a responder de forma tão rápida, quando avista um cachorro se aproximando, que alcança um lugar seguro antes que ocorra qualquer ataque? Uma vez que o ataque foi o estímulo incondicionado no condicionamento clássico do medo, o medo deveria agora começar a se extinguir. A resposta de correr do garoto, por outro lado, não foi completamente dependente dos ataques do cão. Em algum grau, sua corrida dependeu da resposta aprendida de medo, a qual continua ocorrendo, embora de forma mais e mais fraca, uma vez que ela está no processo de extinção. Portanto, a resposta de correr do garoto, ao invés de começar a se extinguir imediatamente, continuará de fato a ser reforçada por algum tempo, depois que ele para de experimentar os ataques do cachorro.”

“Em algum ponto, no entanto, o medo que o garoto tem do cachorro chegará a uma extinção completa; quando isso ocorrer, a resposta de esquiva não poderá mais ser reforçada e ela também começará a se extinguir.” [Notem como Mowrer propõe a ocorrência de dois fatores em sequência temporal.]

“Mowrer não chegou a afirmar que a extinção, quer do medo, quer da resposta de esquiva, era demasiadamente longa. Ele apenas afirmou que o comportamento de esquiva levava um tempo longo incomum para se extinguir porque ele tinha que esperar o medo se extinguir completamente, antes que ele pudesse começar sua própria extinção.”

“Se a teoria de Mowrer estiver correta, ela pode possivelmente ajudar a explicar a observação [de Freud] de que Hans continuou a se esquivar de cavalos durante quatro meses. Mas, ela está correta? Em especial, está correta a hipótese central de que o comportamento de esquiva é reforçado pela redução do medo?” (pp.67 e 68)

Os estudos experimentais que visaram testar a hipótese de Mowrer não produziram resultados que comprovassem indiscutivelmente a teoria por ele proposta; assim, por exemplo, Solomon, R. L., Kamin, L. J. e Wynne, L. C. (1953). Um resumo desse artigo, com comentários esclarecedores, pode ser encontrado em Dustin (1969), nas pp. 70 a72. Não o transcrevo por não ser objetivo do presente texto aprofundar a discussão da teoria dos dois fatores.

## *Apêndice II*

O tratamento do TOC tem uma evolução histórica que merece em si um capítulo. Assim, Bandura (1969) escreveu sobre os primórdios do tratamento de TOC através de métodos comportamentais:

“Métodos de prevenção de resposta raramente têm sido empregados clinicamente. Meyer (1966) apresentou resultados interessantes com distúrbios obsessivos graves, que sugerem que esta proposta pode ter valor para modificar certas condições comportamentais. Um caso envolveu uma mulher de 33 anos, que estava quase completamente incapacitada por rituais de lavagem. Ela se esquivava fobicamente de tocar objetos do dia a dia e interrompeu relações sexuais por causa do medo de contaminação. A maior parte do seu tempo era gasta lavando e esfregando a casa. A segunda mulher sofreu por mais de 36 anos de ‘pensamentos blasfêmicos’ intrusivos que eram focados em relações sexuais com o Espírito Santo. A culpa e a ansiedade resultantes eram aliviadas executando, determinado número de vezes, vários comportamentos ritualísticos. Tais pensamentos obsessivos e comportamentos ritualísticos permaneceram inalterados mesmo após terapia eletroconvulsiva e leucotomia, mas, de acordo com a cliente, a condição foi agravada por 11 anos de Psicanálise, na qual a maioria dos estímulos foram interpretados como símbolos sexuais. Consequentemente, ela parou de comer objetos alongados e qualquer atividade, à qual pudessem ser atribuídas conotações sexuais (por exemplo, fechar gavetas, conectar cabos elétricos nas tomadas, desembulhar pacotes altos, entrar nos trens do metrô etc.), evocava comportamento ritualístico.”

“Foi solicitado às clientes que se engajassem em atividades (por exemplo, tocar nos trincos das portas, manusear caixas empoeiradas, imaginar relações sexuais com o Espírito Santo, comer lingüiça etc.) e a equipe de enfermagem as impedia de realizar comportamentos ritualísticos que tinham o propósito de impedir as consequências pressentidas. As mulheres demonstraram desconforto intenso quando foram impedidas de fazer os comportamentos ritualísticos pela primeira vez. No entanto, suas reações emocionais diminuíram gradualmente e tanto os comportamentos de esquiva como os rituais compulsivos foram substancialmente reduzidos, mesmo depois que as restrições foram suspensas. De acordo com estudos de acompanhamento [*follow up*], a primeira cliente continuou suas rotinas de lavar, mas estava muito menos perturbada pela sujeira, sua relação com a família melhorou bastante, retomou as relações sexuais e passou a ser capaz de participar de atividades sociais, às quais, anteriormente, evitava por medo de contaminação. A segunda cliente diminuiu os comportamentos ritualísticos de aproximadamente 80 para quatro por dia e a

ocorrência de pensamentos intrusivos igualmente se reduziu. Tais resultados encorajadores preliminares sugerem que comportamento de esquiva, que é mantido fortemente por protelar terríveis consequências fantasiadas, pode requerer inicialmente um procedimento forçado de extinção para sua eliminação.” (pp. 389-390)

Os trabalhos de Meyer – uma ampla série de estudos realizados por ele e Meyer, Robertson e Tatlow (1975), entre outros – marcam importante guinada no paradigma conceitual do TOC: ao lado do modelo psicanalítico, começa a germinar vigoroso o modelo comportamental; os procedimentos terapêuticos expandem-se para além do espaço restrito do consultório, para o ambiente natural do cliente, ou para espaços hospitalares, nos quais o tratamento intensivo – dias sucessivos ininterruptos de aplicação de técnicas – substituiu a rotina, até então vigente, de algumas poucas horas semanais de atendimento em consultório; a introdução de enfermeiros psiquiátricos, familiares ou acompanhantes terapêuticos – devidamente treinados – que aplicam diuturnamente os procedimentos programados, também altera drasticamente o modelo de tratamento um para um – profissional e cliente; e, finalmente, como nunca antes, o cliente (cabe, então, deixar de chamá-lo de paciente – termo mais afinado com o modelo médico – e substituí-lo por um termo que dê indicações de que a participação de quem procura ajuda é ativa e consciente) assume um papel de participante comprometido com o delineamento e a execução dos procedimentos terapêuticos. Foram mudanças que já se desenvolviam, adotadas pela Terapia Comportamental, no tratamento de outras queixas que chegavam ao consultório, mas o conjunto de procedimentos adotados para lidar com o TOC teve um impacto notável, talvez, pela gravidade e intensidade dos problemas comportamentais com que se lidava e pelo ousado comprometimento dos terapeutas e colaboradores na aplicação dos procedimentos; afinal, estar ao lado do clientes 24 horas por dia, ininterruptamente, por dias sucessivos, não era um empreendimento que se pudesse menosprezar. Como resultado, deram importante notoriedade ao trabalho comportamental em clínica o que – como em nenhuma outra área da modificação de comportamento se viu – consolidou as interações entre psiquiatras e terapeutas comportamentais.

Para se ter uma visão de como o conhecimento sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo perambulava pela penumbra do desconhecido, transcrevo o primeiro parágrafo de um capítulo do livro clássico *Terapia Comportamental*, de Yates (1970):

“Os psiquiatras, geralmente, empregam o termo *obsessão* para se referir a cadeias de pensamentos persistentes, repetitivos e importunos, e o termo *compulsão* para se referir a impulsos que levam à execução de atos repetitivos ou rituais, que podem incluir sequências complexas de atos, ou para referir-se ao próprio ato. O emprego de tais termos conduziu à formulação de várias perguntas importantes que, até certo ponto, têm sido respondidas nos últimos anos. Para fins práticos, podemos enumerar essas perguntas e apresentar as evidências existentes até o momento:

1. As obsessões (cadeias de pensamentos) podem ocorrer sem que haja comportamento compulsivo?
2. O comportamento compulsivo (rituais) pode ocorrer na ausência de pensamentos obsessivos?

3. Dependendo das respostas às questões acima, os pensamentos obsessivos sempre precedem e levam a (determinação) da ocorrência de rituais compulsivos?
4. Os rituais compulsivos são simplesmente a manifestação externa dos pensamentos? (Se for assim, então se poderia omitir os pensamentos como explicação e também do processo de tratamento; além disso, o tratamento bem sucedido do comportamento ritualístico, presumivelmente, eliminaria os pensamentos através de ação indireta.)
5. Podem-se fazer distinções válidas entre a personalidade obsessivo-compulsiva, por um lado, e o transtorno obsessivo-compulsivo, por outro?
6. A pessoa que sofre de um transtorno obsessivo-compulsivo demonstra sempre traços obsessivos e/ou compulsivos antes da crise? Ou pode ocorrer o transtorno em pessoas sem tais traços de personalidade? (Em outras palavras, uma personalidade obsessivo-compulsiva indica que se podem *prever* transtornos obsessivo-compulsivos?) Ou existe uma entidade de personalidade “normal” obsessivo-compulsiva?

Nos últimos anos tem havido um bom número de pesquisas que se propõem a responder a tais perguntas.” (p. 187)

A área evoluiu bastante desde as décadas de 60-70. Por exemplo, a contribuição da Psiquiatria, prescrevendo medicamentos que se integram aos procedimentos psicoterapêuticos (há unanimidade em afirmar que há influência endógena na determinação do transtorno obsessivo-compulsivo), permitiu avanços no tratamento do TOC. Muitas questões permanecem sem respostas e a melhor conclusão é que houve progressos no controle e na redução significativa dos comportamentos obsessivos e compulsivos. Cura ou eliminação definitiva dos sintomas ainda não!

Do ponto de vista comportamental, houve avanços significativos na introdução da análise de contingências de reforçamento e do manejo de tais contingências para esclarecer a instalação, manutenção e enfraquecimento de comportamentos obsessivos e compulsivos. Os trabalhos originais de Meyer e seus colaboradores e seguidores mantinham estreita ligação conceitual com Pavlov e Hull. Skinner era pouco conhecido pelos terapeutas comportamentais de tradição inglesa. A adoção do modelo skinneriano na clínica, como conhecemos hoje, ocorreu muito gradualmente e em período mais recente. Há evidências de transtornos produzidos, exclusivamente, por contingências de reforçamento da história de contingências e das contingências de reforçamento presentes. Tal avanço é recente e os resultados dos tratamentos em tais condições são encorajadores.

Há acesso mais amplo de informações para os portadores de TOC sobre a definição e as características do transtorno, da disponibilidade de diversas formas de tratamento e dos resultados encorajadores do trabalho conjunto de psicoterapeutas comportamentais e psiquiatras. Embora ainda haja relutância por parte significativa dos portadores de TOC, em submeter-se a tratamento apropriado, motivada pela crença de que não se trata de uma doença e que pode ser superada sem ajuda profissional, apenas empenhando-se em autocontrole, os consultórios têm sido mais procurados pelas pessoas com o problema. Não se tem dados estatísticos atualizados, mas faz parte do passado a informação de que, na década de 80, os portadores de TOC demoravam em média pouco mais de 15 anos (desde a manifestação da primeira crise) para procurar tratamento. Acreditava-se que o

TOC não ocorria em crianças. Os consultórios estão também sendo procurados por pais que identificam componentes compulsivos e obsessivos em seus filhos. Melhor informados, observam padrões comportamentais que anteriormente eram desdenhados ou, simplesmente, nem observados em crianças.

#### Referências:

- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York.
- Dustin, D. S. (1969). *How Psychologists do Research. The Exemple of Anxiety*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J.
- Guilhardi, H. J. (2004) Considerações sobre o papel do terapeuta ao lidar com os sentimentos do cliente. Em Maria Zilah da Silva Brandão *et al.* (Orgs.), Coleção Sobre Comportamento e Cognição - *Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta. Vol. 13*. Santo André: ESETEC Editores Associados.
- Guilhardi, H. J. (2007) *Conceituação de Sentimentos*. Não publicado (disponível em [www.terapiaporcontingencias.com.br](http://www.terapiaporcontingencias.com.br) ).
- Guilhardi, H. J. (2011). *Comportamento não causa comportamento...* Não publicado (disponível em [www.terapiaporcontingencias.com.br](http://www.terapiaporcontingencias.com.br) ).
- Meyer, V. (1966). Modification of Expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer, V., Robertson, J. e Tatlow, A. (1975). Home treatment of obsessive-compulsive disorder by response prevention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 37-38.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17(2), 102-150, em particular pp. 133-134. (Trecho selecionado em Boe, E. E. e Church, R. M. (1968). *Punishment: Issues and Experiments*. Appleton-Century-Crofts, NY.),



Solomon, R. L., Kamin, L. J. e Wynne, L. C. (1953). Traumatic Avoidance Learning: The Outcomes of Several Extinction Procedures with Dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *III*, 299.

Yates, A. J. (1970). *Behavior Therapy*. John Wiley & Sons, New York.