

TÉCNICAS INTERVENTIVAS BASEADAS NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ADOTADAS PARA O TRATAMENTO DE TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC)

INTERVENTIONAL TECHNIQUES BASED ON BEHAVIOR ANALYSIS EMBRACED FOR THE TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISTURB (OCD)

Anderson Aguiar Gonçalves¹
Maria Adelaide Pessini²

GONÇALES, A. A.; PESSINI, M. A. Técnicas interventivas baseadas na análise do comportamento adotadas para o tratamento de transtorno obsessivo compulsivo. **Akrópolis** Umuarama, v. 24, n. 1, p. 53-70, jan./jun. 2016.

RESUMO: O presente artigo de revisão bibliográfica teve como enfoque conhecer técnicas comportamentais baseadas na Análise do Comportamento (AC) utilizadas no tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), além de inquirir outras técnicas de base Cognitiva-comportamental. Assim, diante da complexidade do TOC, o processo investigatório abordou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM –V, os pressupostos teóricos fornecidos pela Análise do Comportamento (AC) e técnicas com base comportamental e cognitiva comportamental. Com enfoque maior, adotou-se a Terapia Analítico Funcional – FAP que sistematiza a própria relação terapeuta-cliente para abordar e trabalhar o TOC. Após essa ampla apresentação, concluiu-se que quando se adota, na prática profissional, as técnicas que proporcionam uma sistematização interventiva, ter-se-á maior controle das variáveis ambientais que fornecem manutenção de respostas obsessivas e compulsivas, e que ao final pode-se atingir bons resultados de saúde emocional do indivíduo no que compete as relações intrapessoais e interpessoais, aspectos prejudicados pelo TOC.

PALAVRAS-CHAVE: DSM-V; TOC; Análise do Comportamento; Técnicas comportamentais; FAP.

ABSTRACT: This article of bibliographic review, has as focus, knowing the behavioral techniques based on the behavior analyses (BA) used in the treatment of Obsessive compulsive disturb (OCD), besides enquiring other techniques of cognitive mental base. Thus, facing the complexity of OCD, the investigation process addressed the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V, the theoretical assumptions provided by the Behavior Analysis (BA) and techniques with behavioral and cognitive behavioral bases. With a greater focus, it has been adopted the Functional analytic psychotherapy – FAP, which systematizes the relation therapist – client, to approach and work on OCD. After such broad presentation, it has been concluded that when it is adopted within professional practice, the techniques that provide an interventional systematization, it will have a bigger control of the ambient variables. Those are able to provide maintenance of obsessive and compulsive answers, and, finally, it could reach good emotional health results regarding the individual's intrapersonal and interpersonal relationships, those that are impaired by OCD.

KEYWORDS: Behavior analysis; DSM-V; FAP; OCD.

¹Acadêmico em Psicologia - campus sede. andersonaguiargoncales@hotmail.com Endereço: Rua Gurucuia, número 81, Pérola, Paraná. CEP: 87540-000.

Docente em Psicologia - campus sede. pessini@unipar.br Endereço: Av. Brasil, 4522, Umuarama, Pr. CEP: 87501-000. Tel.: 3055-3523.

INTRODUÇÃO

O presente artigo de pesquisa de revisão bibliográfica tem como objetivo de estudo conhecer as técnicas interventivas baseadas na Análise do Comportamento (AC) empregadas no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Desse modo, trar-se-á como embasamento teórico os múltiplos estudos bibliográficos apresentados por Skinner referente ao comportamento humano e suas complexidades.

A AC tem como enfoque teórico compreender as relações do homem e o seu ambiente natural. Compreende-se que partindo dessa interação o homem construir-se-á, adquirindo e ampliando o seu repertório comportamental. Entretanto, da mesma maneira que essa relação homem-ambiente contribui para a aquisição de padrões comportamentais adequados, também permite a aquisição de comportamentos inadequados e, prejudiciais ao homem em suas relações intrapessoal e interpessoal. Assim, por meio desse suporte teórico e metodológico, fornecido pela Psicologia, o analista do comportamento possui em suas mãos o manejo necessário para produzir novas contingências que são fundamentais na ampliação do repertório adequado que apresenta-se em baixa frequência, bem como na instalação de novas respostas apropriadas, além de manipular as contingências mantenedoras de comportamentos disfuncionais.

O TOC é considerado atualmente como o quarto maior transtorno psiquiátrico de todos os tempos, estima-se que a patologia atinja de 1% a 3% de adultos em várias partes do mundo. A patogênese tem sua maior prevalência em adolescentes homens e, em contraposição, na idade adulta há uma predominância igual para homens e mulheres (TORRES; LIMA, 2005). De tal modo que mediante a essa porcentagem, a cada 100 pessoas no mundo entre duas e três delas são afetadas pelo transtorno em algum momento de sua existência. Apresenta maior desenvolvimento, em geral, na adolescência e no início da idade adulta, podendo antecipar já para os primeiros anos de vida, com um número expressivo de 20% de casos infantis. Aproximadamente 60%, relatam que as primeiras manifestações da doença foram antes dos 25 anos e 75% antes dos 30 anos de idade (TORRES; SMAIRA, 2001).

Logo, buscar as técnicas, que são baseadas na AC e na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), é fundamental para o profissional da clínica analítico-comportamental que está atuando perante a essa demanda. Assim, pretende-se elencar as técnicas comportamentais empregadas para o tratamento do TOC, e a seguir selecionar e abordar com maior profundidade a técnica intitulada de Psicoterapia Analítico Funcional – FAP. Pois, com o alto número de pessoas desenvolvendo a patologia e com a elevada procura por atendimentos psicoterápicos, os profissionais necessitam de instrumentos capazes de orientarem em suas práticas interventivas.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é considerado como uma doença mental grave, pois é apontado estatisticamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo uma das dez doenças que mais causam incapacitação no mundo. A OMS, concorda com os dados acima advertindo que a doença tem seu maior desenvolvimento na adolescência e, em alguns casos, antecipa-se já para a primeira infância. Observa-se que é raro o seu desenvolvimento acima dos 40 anos de idade (CORDIOLI; HELDT; RAFFIN, 20--).

Em dados estatísticos, divulgados pelo *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), estima-se que entre 0,3 % a 2,2% de adultos, e aproximadamente 0,7 % de crianças e adolescentes no mundo estão com diagnóstico de TOC (PRAZERES, SOUZA, FONTENELLE, 2007).

O diagnóstico do TOC, bem como de outros múltiplos transtornos, ocorre a partir de manuais classificatórios de comportamentos, citados como patológicos, sendo: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V e a Classificação de Transtorno Mentais e de Comportamento – CID – 10. Esses manuais listam critérios com a função de enquadramento de um determinado problema a uma classificação nosológica (MITSU, et al, 2004). Observe-se a classificação fornecida pelo DSM-V (2014), que apresenta dois importantes critérios para a ocorrência do diagnóstico de TOC: as obsessões e as compulsões. Entretanto, as obsessões podem aparecer sozinhas sem a presença de

comportamentos compulsivos, ou então, haver uma associação entre os sintomas obsessivos e compulsivos. As obsessões e as compulsões são definidas no DSM-V por (1) e (2):

Obsessões: 1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. 2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. Compulsões: 1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo que se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. 2. Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não tem uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos. (DSM-V, 2014, p. 237).

Logo, o diagnóstico e o prognóstico da doença se dão mediante a apresentação de obsessões e/ou compulsões, explica Shavitt et al. (2001). Os autores assinalam que ao empregar esses dois aspectos ocorre a facilitação do trabalho daqueles profissionais que atuam frente a essa demanda, os psiquiatras e os psicólogos, uma vez que, por meio dessa padronização, compartilham de uma linguagem única ao transtorno.

As obsessões, como sendo o primeiro aspecto da doença são consideravelmente padecedores para aqueles que as desenvolveram, pois, são de ordem repetitivas e persistentes, não escolhendo o momento e nem mesmo a hora que irão surgir. Destaca-se que os pensamentos são da própria pessoa, no entanto, por apresentarem-se assiduamente e com um alto número de repetições, acabam produzindo um intenso desgaste emocional (TORRES, 2001). Conforme a autora supracitada, outro agravante é a concomitância entre as obsessões com a produção de intensas crises de ansiedade e, que essa por sua vez, acaba alterando o funcionamento fisiológico incluindo vários sintomas como: tremedeira, taquicardia, dor de barriga,

sudorese, calafrios, falta de ar, fadiga, cansaço excessivo, dores musculares, pressão alta, insônia, etc. Assim, com a junção de pensamentos recorrentes e com as intensas crises de ansiedade, há uma piora do quadro quando o sujeito começa a elucubrar a hipótese que pode ficar louco e/ou perder o controle.

Quanto às obsessões que surgem com maior frequência, na maioria dos casos, estão: obsessão de contaminação, obsessão de agressão, obsessão sexual, obsessão religiosa, obsessão somática, dúvidas obsessivas. Cabe definir que nem todas as obsessões citadas, estarão presentes ao mesmo tempo e, que a intensidade dos sintomas, poderão variar conforme o caso e a fase de vida. Destaca-se ainda que as obsessões de contaminação, em geral, são as mais comuns (TORRES; SMAIRA, 2001).

Contudo, frente aos pensamentos obsessivos e as intensas crises de ansiedade, surgem as compulsões consideradas como sendo o segundo aspecto do transtorno. Frente aos múltiplos pensamentos de cunho obsessivo, que por ora são avaliados como invasivos, o indivíduo acaba adotando determinados comportamentos compulsivos e, outros, passam a ser desempenhados à risca em forma de rituais. A característica principal do TOC é a repetição, o indivíduo acaba repetindo por várias vezes a mesma ação, como verificar, lavar, arrumar, contar, etc. Há também algumas outras características de repetições inespecíficas como sentar e levantar, ligar e desligar interruptores de luz, TV, ou entrar e sair, reler, reescrever. Assim, como efeito, esses rituais compulsivos produzem momentaneamente o alívio do sofrimento e uma considerável redução nos sintomas produzidos pela ansiedade. Cite-se que quando o indivíduo está sob o controle de pensamentos recorrentes de contaminação, tão logo ele passará a ter comportamentos compulsivos como lavar as mãos, tomar um ou mais banhos ou fazer uso de produtos químicos que possuam o efeito desinfetante. Essas práticas compulsivas são consideradas fundamentais, pois o indivíduo acredita que o não fazer tornará vítima de consequências catastróficas e, na sequência, não a realize imediatamente, logo produzirá um intenso sentimento de culpa (TORRES, 2001).

Para a autora supramencionada, com a adoção de comportamentos compulsivos em forma de rituais, o indivíduo acaba perdendo espaço para cumprir atividades consideradas saudá-

veis como exercer suas atividades profissionais no dia-a-dia, bater papo com os amigos, família, vizinhos, sair nos finais de semana, dentre outros.

Segundos Torres e Smaira (2001), a identificação de pessoas com TOC, bem como a busca por ajuda psiquiátrica ou psicoterapêutica é complexa, pois as pessoas acometidas, acabam isolando-se do mundo por avaliarem que os rituais seguidos serão visualizados pelos demais como sendo uma situação “estranha” e “esquisita”, dentre outros estereótipos sociais. Até mesmo as pessoas próximas podem encontrar dificuldades para identificar que o indivíduo possui o transtorno. Nesse sentido, os autores concluem que frente a dificuldade de pessoas próximas em identificarem os sinais do transtorno, juntamente com a resistência do indivíduo em procurar ajuda, o isolamento social ocorre e, tão logo, o indivíduo acabará ficando à mercê dos sintomas persistentes, transformando o seu cotidiano em agonia. Todavia, alguns fatores são apontados como primordiais para ajudarem as pessoas que possuem vínculo com o doente a identificar que algo não está bem. Dentre eles, estão: os prejuízos no rendimento profissional e/ou escolar, repetição de perguntas desnecessárias, atrasos constantes, longa permanência no banheiro, mãos avermelhadas e descamativas, gastos excessivos de sabonetes, ou outros produtos de limpeza em geral, lentidão em vestir-se, etc.

As autoras ainda mencionam que as obsessões e as compulsões não são elementos exclusivos do TOC, outros transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia, a depressão, as demências também podem produzir sintomas parecidos. Por isso, alertam que o diagnóstico do TOC deve ser feito por um médico psiquiatra, pois é de competência desse profissional a identificação do transtorno, bem como a indicação adequada para o tratamento.

Na atualidade, um agravo que permeia o TOC é que não há exatamente uma explicação científica de ordem coerente que esclareça as causas iniciais que contribuem para o seu surgimento. Destacam ainda, que há poucos estudos realizados com pacientes obsessivos, o que inviabiliza a identificação sobre o caminho e o prognóstico do transtorno. Os primeiros estudos realizados no que confere a evolução dos estados obsessivos apresentaram os seguintes resultados: considerada uma doença crônica,

na maioria das vezes, sendo raros os períodos de remissão completa dos sintomas (MIRANDA; BORDIN, 2001).

Concluindo essa ideia, Cordioli, Heldt e Raffin (2015) confirmam que os sintomas raramente desaparecem por completo, o que irá resultar em intensas flutuações dos sintomas ao longo da vida, aumentando em determinados momentos e diminuindo em outros, mas estando sempre presentes. Ressalve-se que, aproximadamente 10% dos casos ocorrem o agravamento progressivo pertinente aos sintomas, que contribuem para a incapacitação no trabalho, além de trazer dificuldades no que tange ao relacionamento familiar, organizacional, escolar, dentre outros.

Outros dados obtidos por meio de pesquisas, indicaram que há: “Fatores neurobiológicos incluindo a predisposição genética e fatores psicológicos como influenciadores do aparecimento e da manutenção dos sintomas” (ASTOC, 1996, p. 15).

Todavia, diante de todos os aspectos biológicos e comportamentais apresentados, traz-se aqui, as contribuições da Psicologia que tem como foco central compreender vastamente o comportamento humano e suas relações. Para tal, diversas linhas teóricas compõem essa ciência, contribuindo para elucidar a complexidade de um homem que é considerado biopsicossocial. Adotou-se no presente artigo, os pressupostos teóricos da Análise do Comportamento que teve como base filosófica o Behaviorismo Radical, que possui uma linhagem de experimentos em laboratório com ratos e pombos até aproximar-se da aplicação ao comportamento humano.

O DESENVOLVIMENTO DO TOC SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO (AC)

As ciências médicas trazem em seu modelo explicativo os aspectos biológicos como sendo preponderantes para a compreensão no que tange ao desenvolvimento do TOC, tão logo este modelo descarta a complexidade humana resumindo-se a uma simples explicação biológica. Em contrapartida, outras ciências, em específico a Psicologia, compreende o homem como sendo um sujeito biopsicossocial. Assim, partindo dessa concepção ampla e abrangente tomou-se em específico a Psicologia que tem

como base de estudo o comportamento humano, sendo esta denominada de Análise do Comportamento (AC). Essa abordagem psicológica oferecerá o suporte conceitual necessário para a compreender o desenvolvimento do TOC, trazendo em seu referencial teórico uma vasta explicação no que se refere ao comportamento humano, proporcionando uma visão satisfatória atinente a essa patologia médica.

A AC é uma proposta Filosófica (Behaviorismo Radical) de B. F. Skinner (1938, 1953, 1957, 1969, 1974, 1989), que culminaram no desenvolvimento de estudos em laboratório com ratos e pombos, chamando esse procedimento de Análise Experimental do Comportamento. Em seguida estes experimentos proporcionaram uma Análise Aplicada ao comportamento humano, dando base na atualidade para que diversos profissionais da Psicologia usem-na como eixo norteador em sua atuação. É composta por um sistema teórico e experimental, havendo como enfoque principal a inter-relação entre as ações do organismo, as condições sob as quais as respostas acontecem e as consequências produzidas por ela, denomina-se essa interação de tríplice contingências ou contingências de três termos (COPQUE; GUILHARDI, 2009).

Conceitualmente, contingência é descrita como sendo qualquer relação que esteja permeada por uma dependência entre os eventos ambientais, ou, mais especificamente entre eventos comportamentais e ambientais (ROSE, 1999). Nesse sentido, Skinner (1969/1984 apud MEDEIROS, 2010) sinaliza que a contingência tem a função em descrever as relações entre as ações e as consequências, isto é, se o comportamento ocorrer, então a consequência é provável. De tal modo que as contingências podem ser pronunciadas por meio de 'se...' 'então...'. Por exemplo: quem fez a lição de casa, pode sair para o recreio, ao enunciar tal contingência fica clara a relação entre a resposta e a consequência, 'se fez a lição' (resposta) 'então está liberado para sair para o recreio' (consequência). Para Skinner (2003), a ciência está interessada em compreender as causas do comportamento humano e, tão logo, encontrando e analisando estas causas têm a possibilidade em prever o comportamento, em outros termos, obter o controle das respostas na medida em que se possa manipular as variáveis que exercem governo sobre elas.

O autor supramencionado completa que

ao adotar os estímulos como fonte de explicação para a complexidade do comportamento humano, diminui as explicações interiores, denominadas de 'mental' ou 'psíquica', como fazem outras linhas que compõem a Psicologia. Ao abdicar dessa compreensão denominada de 'mentalista' é admissível realizar uma análise científica das variáveis ambientais na qual o comportamento investigado é função. O conceito skinneriano de ambiente, segundo Medeiros (2010) é atribuído por qualquer evento presente no universo capaz de afetar o organismo.

Toda e qualquer ciência tem o seu modelo explicativo que fornece um conjunto de leis e descrições sobre o TOC. Assim, os clínicos analítico-comportamentais, fundamentam as suas intervenções tendo como base o sistema explicativo da AC. Contudo, os sistemas explicativos, por sua vez, encontram-se embasados pelo modelo de causalidade. Esse modelo abrangeria as suposições do cientista ou profissional a propósito de: [...] como os eventos, e principalmente os objetos de estudo, são constituídos; as "causas desses eventos e objetos de estudo; e as relações entre os eventos de interesse" (SAMPAIO; ANDERY, 2012, p. 78). Os mesmos autores citam que o modelo de causalidade está focado em como as 'causas e efeitos' se inter-relacionam e, onde e como as 'causas' de circunstâncias singulares se encontram. Partindo desse modelo de causalidade, norteiam a constituição de um conhecimento, em um sistema explicativo ou teoria. A AC possui o seu modelo de causalidade nomeado de Seleção por Consequências.

Segundo Andery (1997), há uma inconsistência em quando foi postulado pelo Skinner o seu modelo de causalidade. Mas, é manifesto que esse modelo sofreu grande influência do modelo Darwiniano, a Teoria da Evolução, pois na década de 30 e 40 Skinner já havia utilizado tal teoria para explicar o condicionamento de comportamentos respondentes e operantes. Esse modelo constituído foi importante para separar Skinner do mecanicismo, sugerindo então que:

[...] a causalidade deixa de ser descrita em termos mecanicistas de um efeito para uma causa. Enquanto de causalidade, a seleção por consequências opera sobre as variações pequenas e aleatórias que, por se mostrarem adaptativas, são selecionadas e reproduzidas (ANDERY, 1997, p. 197).

Esse modelo explicativo é organizado

a partir de três níveis: o filogenético, o ontogenético e as práticas culturais. O primeiro nível é composto pelas atribuições fornecidas por Darwin, que pressupunha que na reprodução os seres vivos transmitiriam aos seus descendentes um conjunto de características. No entanto, tais descendentes apresentariam pequenas mudanças quando comparados a seus progenitores. “A evolução é [...] um mecanismo de contingências de seleção natural que operam sobre variações aleatórias que ocorrem em membros de uma dada espécie” (SKINNER, 1981 apud ANDERY, 1997, p. 197). Nesse sentido, Skinner (1981) escreveu que em um mundo relativamente estabilizado cooperaria para manutenção da sobrevivência da espécie, mas caso esse ambiente viesse a se modificar quando comparado ao momento da seleção, a espécie poderá ser extinta.

De acordo com Andery (1997), Skinner nomeou de contingência de seleção natural as características e os padrões comportamentais selecionados por uma dada espécie. Logo, observa-se que esse modelo possui a mesma estrutura explicativa de Darwin.

O primeiro nível de seleção natural é submergido por classes de comportamentos respondentes ou reflexos, que segundo Copque e Guilhardi (2009) conferem na eliciação de respostas mediante a presença de estímulos antecedentes, ou seja, são basicamente reações neurovegetativas e estados corporais. As ocorrências dos respondentes partem do emparelhamento de estímulos, cite-se que a:

Sua ocorrência futura pode ser alterada pela associação que é feita entre o estímulo antecedente (US) e outros estímulos (que adquirem a função CS por associação com US) não necessariamente produzidos pela resposta (COPQUE, GUILHARDI, 2009, p. 3).

Para fins didáticos, Leonardi e Nico (2012) elucidam que o processo decorrente em um condicionamento respondente acontece através do pareamento contingente em uma ordem sistematizada entre um estímulo neutro (não elicia resposta) e um estímulo incondicionado (elicia resposta em sua presença), transformando o evento neutro a um estímulo condicionado, ou seja, diante desse estímulo elicia-se automaticamente a resposta.

Mencionando-se o segundo nível, a on-

togenia, Skinner (1981) registra que esse nível chegou para fortalecer essa espécie que se encontraria ameaçada pelas mudanças ambientais. Nesse sentido, é possível avaliar que:

O condicionamento operante é um segundo tipo de seleção por consequências. Deve ter evoluído em paralelo a dois outros produtos das mesmas contingências de seleção natural – a susceptibilidade ao reforçamento por certos tipos de consequências e um conjunto de comportamentos menos especificamente relacionados a estímulos eliciadores ou liberadores. (A maior parte dos operantes é selecionada a partir de comportamentos que têm pouca ou nenhuma relação com esses estímulos) (SKINNER, 1981, p. 130).

Skinner (2003) escreve que Pavlov cunhou de condicionamento todos os eventos que passaram por um processo de aprendizagem. E, incondicionado, para todos aqueles eventos que são inatos, ou em termos da AC, são propriedades filogenéticas de cada espécie.

A rigor, os indivíduos que são suscetíveis ao reforçamento operante possuem a capacidade de aprender novas respostas (condicionamento operante) que não são de referências filogenéticas (respostas incondicionadas). Ou seja, é um processo de aprendizagem respectiva a história individual de cada pessoa com o ambiente natural (ANDERY, 1997).

Conceitualmente, a AC expõe o operante como classes de respostas que operam, produzindo modificações ambientais, as consequências. Partindo dessa concepção, o comportamento operante é compreendido por respostas que ao serem emitidas modificam o ambiente e, que tais modificações, afetam as respostas em sua subsequência (COPQUE; GUILHARDI, 2009).

Conforme Sidman (2001), tais consequências podem ser reforçadoras quando: sucedidas por adição (reforçador positivo) ou subtração de estímulos aversivos (reforçador negativo). Nesse último, apresenta as respostas de fuga-esquiva tendo a função de retirada do aversivo (eventos ameaçadores, indesejáveis). Diante de uma situação aversiva, ao comportar-se com o intuito de retirar/eliminar esse evento, que já se encontra presente, nomeia-se de fuga. Em contraposição, o comportamento que tem o objetivo de atrasar ou adiar a entrada em contato com o aversivo, denomina-se de esquiva. A ri-

gor, o efeito dos reforçadores para as respostas é de aumentar a probabilidade de sua emissão no futuro.

O autor apresenta outro tipo de estímulo aversivo para as ações humanas, a punição. Assim como para os estímulos reforçadores, a punição também inclui a adição e a subtração de estímulos. É considerada punição positiva, quando contingente a resposta é acrescido um estímulo com efeito aversivo. A punição negativa, indica a subtração de um estímulo que em um outro dado momento fora reforçador e, com a sua retirada, torna-se aversivo. O efeito da punição é a supressão da resposta contingente ao aversivo. A punição, quando empregada ao comportamento, produz efeitos colaterais como raiva, medo, ansiedade, etc.

Foi partindo desse segundo nível de seleção que houve o favorecimento para a ampliação dos comportamentos sociais, permitindo então o surgimento do terceiro nível de seleção, as práticas culturais (SAMPAIO; ANDERY, 2012).

A seleção de práticas culturais que surge no repertório de cada indivíduo se dá no grupo praticante como famílias, religião, escola, trabalho, etc. Assim, o homem é capaz de adquirir comportamentos para lidar com, de se comportar de uma determinada maneira, enfim, de ampliar o seu repertório partindo de sua exposição as contingências sociais. Essas contingências não só permitem a sobrevivência do grupo, como também o torna capaz de transmitir a seus próximos o que fora aprendido ao longo do tempo. Logo, a manutenção das práticas culturais se dá pelo meio do reforçamento social, permitindo que os humanos adquiram comportamento e, ao mesmo tempo, mantenham em ascendência os hábitos culturais (ANDERY, 1997).

A autora ainda destaca que é partindo desse nível que submerge um ponto importante a ser discutido, o comportamento verbal. Esse comportamento favorece a relação entre os humanos. Assim, é impossível pensar na construção da subjetividade humana sem considerar esse nível como participante em sua constituição singular. Permitindo-se concluir que, a subjetividade é estritamente social.

Os comportamentos obsessivos e compulsivos, baseado nos conceitos da AC, são retratados por um processo de aprendizagem comportamental, no que refere ao surgimento e manutenção dos rituais - um componente operante, a esquiva comportamental (CORDIOLI et

al., 2002 apud DUARTE, 2006).

As principais características das obsessões são derivadas de ideias, pensamentos, impulsos e imagens, não reais, sendo invasivas e repetitivas e de cunho estereotipado, que para essa abordagem, são validados como sendo estímulos aversivos. Logo, os rituais compulsivos, que são respostas de fuga-esquiva têm como efeito principal eliminar ou adiar a entrada em contato com o intenso sofrimento que são ocasionados pelas obsessões (DUARTE, 2006).

Conforme Mower (1939 apud DUARTE, 2006), medos e evitações presentes no TOC são comportamentos que passaram por um processo de aprendizagem que surgiram em duas etapas: aquisição por condicionamento clássico (comportamentos respondentes) e manutenção por condicionamento operante (fuga - esquiva).

Nesse sentido, os autores concordam que as obsessões são estímulos neutros que ao emparelhar-se com experiências negativas como a ansiedade teria a ocorrência de condicionamento clássico.

Zamignani e Banaco (2004 apud DUARTE, 2006), destacam que a ansiedade traz para aquele que a desenvolve um comprometimento em diversas áreas ocupacionais, dentre elas: as atividades profissionais, acadêmicas e sociais. Além disso, toma-se proporções maiores quando o indivíduo passa a desenvolver, na maior parte de seu dia, respostas compulsivas que tenham por objetivo evitar ou eliminar sintomas ansiosos. Destacam, que o termo ansiedade abrange diversos eventos como os estados internos do falante, bem como por aqueles processos comportamentais que desenvolvem esses estados internos.

Durante o acometimento da ansiedade, o organismo humano passa por um processo que envolve excitação biológica ou manifestações autonômicas e musculares que desencadeiam vários sintomas, dentre eles, estão: taquicardia, hiperventilação, sensações de afogamento, dores e tremores, etc. Inclui, ainda, diminuição na eficiência comportamental como inabilidades sociais, bem como dificuldades de concentração na efetivação de atividades. Consequentemente, frente a todos esses sintomas desagradáveis, o sujeito ingressa em um movimento de respostas compulsivas, em termos da AC, de fuga-esquiva (ZAMIGNANI; BANACO, 2004 apud DUARTE, 2006).

Em maior parte da literatura analítico-

-comportamental, o padrão comportamental típico em sintomas ansiosos afere-se a esquiva fóbica, pois, ao se deparar com uma situação aversiva, logo o indivíduo passa a se comportar com o intuito de eliminar o desconforto originado pelos sintomas ansiosos. De tal modo que as exposições a essas experiências negativas passariam por um processo de generalização a objetos, situações ou mesmo a pensamentos que tenha algum tipo de associação ao estímulo original. Logo, convém afirmar que na presença de pensamentos intrusivos associados aos conteúdos negativos ou flagelantes ao obter o alívio através de rituais ou de comportamentos de esquiva é possível assinalar que houve o reforçamento dos comportamentos e, que na subsequência, o indivíduo volte a emitir os mesmos padrões comportamentais em situações semelhantes, denomina-se tal efeito de condicionamento operante (DUARTE, 2006).

A autora esclarece que os comportamentos obsessivos-compulsivos estariam correlacionados com aprendizagens defeituosas em decorrência as duas etapas mencionadas. É observado que a compulsão e a evitação teriam como função descontinuar ou impedir a exposição a estímulos que, por alguma causa, tornaram-se temidos. Destaca ainda que, nesse processo citado, haveria uma perpetuação dos sintomas típicos do TOC, pois inviabiliza a extinção natural e espontânea dos medos por meio do processo de habituação.

Ainda, de acordo com Skinner (1974 apud DUARTE, 2006), a ansiedade possui duas importantes características. A primeira, se destina ao estado emocional, um tanto parecido com o medo; a segunda, estaria relacionada com o estímulo principal responsável pelo distúrbio que não precede ou acompanha o estado, mas sofre com antecipações. Em resumo, o estado emocional é descrito por reações fisiológicas resultantes de variáveis ambientais. Consequentemente observam-se estímulos eliciadores para comportamentos respondentes. Assim, compreende-se que:

[...] “antecipação” do estímulo aversivo é necessário para a definição de ansiedade, é comum os autores falarem do conceito de estímulo aversivo condicionado, no qual estímulos habitualmente neutros para a resposta de medo, seguidos consistentemente por estímulos aversivos incondicionados, passarão adquirir propriedades aversivas, eliciando

respostas “semelhantes ao medo”, a ansiedade. Dessa forma, essa seria uma resposta que se “anteciparia” ao estímulo aversivo incondicionado, embora não tivesse sob controle do futuro, mas sim de um estímulo aversivo condicionado presente, chamado por alguns autores como “pré-aversivo” (ZAMIGNANI; BANACO, 2004 apud DUARTE, 2006, p. 09).

Conclui-se, pelo exposto que, as respostas de ansiedade, são idênticas à de medo, sendo que em ambas seriam eliciadas por estímulos aversivos condicionados e incondicionados. Ou seja, são antecipadas quando estão na presença de estímulos incondicionados, mas apresentam resultados que sobrevivem de estímulo aversivo condicionado.

Conforme Skinner (1953 apud DUARTE, 2006), a ansiedade produz intensos sintomas como: taquicardia, tremedeira, sudorese, elevação da pressão arterial, etc. Esses sintomas são analisados como repostas reflexas. Entretanto, nota-se também, a presença de um componente operante quando frente aos sintomas produzidos pela ansiedade, o sujeito emite respostas de fuga-esquiva. Percebe-se, então, que a ansiedade submerge mediante respostas respondente e operante.

A AC traz também as operações estabelecidas (OEs) como um importante construto conceitual para compreender a ansiedade produzida no TOC. As OEs afetaram as respostas de duas formas: “1. Alterando a efetividade dos estímulos consequentes (reforçadores e punidores) e 2. Modificando a frequência da classe de respostas que produzem essas consequências” (AURELIANO; BORGES, 2012, p. 35). Ainda, observam que há dois respeitáveis aspectos que caracterizam as OEs: privação e saciação. Essas condições ambientais teriam a função de aumentar ou diminuir a emissão de uma resposta. Além disso, as OEs são classificadas em duas importantes categorias: incondicionada ou condicionada. Incondicionada é caracterizada por aspectos filogenéticos que alteram de espécie para espécie. Isto é, o indivíduo nasceria sensível a estimulação reforçadora e punitiva sendo atribuída a história de sua espécie. Já a condicionada faz parte da história ontogenética. Nesse último, o valor reforçador ou punitivo estaria correlacionado com a exposição as contingências que são pertinentes a história particular de cada um.

Para Zamignani e Banaco (2006 apud DUARTE, 2006), há inúmeras OEs, no entanto, é destacado a privação e a estimulação aversiva como sendo as que mais possuem efeito sobre as manifestações de ansiedade. Desse modo, a privação teria o efeito de aumentar a probabilidade daquelas respostas conseqüenciadas por reforçadores.

Em grande parte dos indivíduos que apresentam padrões comportamentais do tipo ansioso, existem repertórios bem limitados no que pertence as habilidades sociais e as habilidades de enfrentamento e soluções de problemas. Nesse sentido, o indivíduo não se expõe a novas contingências reforçadoras, o que restringe a produção de respostas alternativas para as respostas-ansiosas, obsessivas e compulsivas, constatam os autores citados.

Portanto, a privação como OEs, exerce uma importante função sobre os comportamentos presentes no quadro. Sugere-se que:

A simples sensação de alívio decorrente do processo de reforçamento negativo ocorrido com a realização do ritual seria a única fonte de reforçamento à qual o cliente está exposto, o que revelaria, portanto, um intenso grau de privação. Ainda, há muitas vezes a presença de reforçadores sociais que, diante um contexto de privação desses reforçadores, reduz a possibilidade de variabilidade de respostas do indivíduo e a busca de respostas alternativas para solucionar o problema de ansiedade (DUARTE, 2006, p. 12)

O TOC também é permeado pelo desenvolvimento de comportamentos governados por regras. Para Skinner (1969/1984 apud MEDEIROS, 2010), as regras, por meio do comportamento verbal, têm a função de descrever contingências. Nesse sentido, oferecer ao ouvinte instruções, avisos, pedidos, exigências, conselhos, etc., o falante encaminharia para o ouvinte regras a serem seguidas. Logo, na emissão da resposta, o falante liberaria na subsequência o reforço para a resposta. Assim, observa-se que o comportamento emitido pelo ouvinte fora governado por regras oferecidas e reforçadas pela comunidade verbal.

Os autores mencionados, apontam que as aprendizagens de comportamentos decorrem pelo fornecimento de regras, ou, pela exposição direta a contingência. Quando o organismo está exposto a contingência, as aprendizagens ocor-

rem por tentativas e erros. Em contraponto, as aprendizagens mediante regras ocorreriam de forma rápida e com menos exposições a estimulações aversivas.

Jonas (2001 apud DUARTE, 2006), acredita que há um importante e específico componente que compõe as regras estabelecidas no TOC: as autorregras, que são definidas por Skinner (1969/1984 apud MEDEIROS, 2010, p. 98) como: "regras emitidas e seguidas pela própria pessoa, que exerce os papéis de falante e ouvinte". Esse tipo específico de regras, seriam compostas por estímulos verbais que narram contingências produzidas pelo comportamento verbal do próprio indivíduo, podendo ser contingências públicas e/ou encobertas. Assim, elas seriam formuladas e mantidas na interação do indivíduo com seu ambiente particular.

Através do comportamento verbal, as respostas que estão no nível privado (encobertas) poder-se-ão tornar acessíveis para os demais, isso ocorre na ocasião em que o indivíduo verbaliza o que sente e o que pensa, ou faz algum outro tipo de ação pública, logo a comunidade está diante de um comportamento público, acessível. Ressalva-se que as respostas de eventos públicos podem ser transferidas para eventos privados (SKINNER, 2003).

Rose (1999) esclarece que primeiramente as respostas passam por um processo de aprendizagem pública e, subsequentemente em um dado momento, passarão para o mundo privado. É partindo dessa concepção que Skinner abdicou em sua ciência da explicação dualista de mente-corpo, considerando que todos os comportamentos de ordem pública ou privada são produzidos a partir da interação do organismo com o ambiente.

Mitsi et al. (2004) assinalam que as obsessões são respostas encobertas e, em contraposição, as respostas compulsivas apresentam-se de forma pública e/ou encoberta. Deduz-se, que respostas obsessivas passaram por um processo público de aprendizagem para que posteriormente viessem a tornar-se privadas.

Para Meyer (2005), muitas regras que têm a função de guiar comportamentos são aprendidas na interação com outras pessoas. Porém, em geral, surgem alguns problemas em acatar regras formuladas por outros, pois, culturas singulares e subculturas podem fracassar na produção de regras apropriadas, ou então, desenvolver regras disfuncionais. Por exemplo:

culturalmente são fornecidas regras verbais do tipo 'ao tocar em objetos imediatamente lavem as mãos' explicitando que, em geral, os objetos estão emanados por diversas bactérias que contribuem para o adoecimento ao serem tocados. Logo, o indivíduo adota essa regra como sendo fundamental e obrigatória em seu exercício de higiene, emitindo respostas que suprimam uma provável contaminação, tornando na subsequência tal regra um ambiente para respostas obsessivas e compulsivas. Isto é, diante de uma obsessão, o indivíduo adotaria o comportamento repetitivo de lavar em demasia suas mãos, tendo por objetivo eliminar as bactérias que podem causar risco de adoecimento.

Há que se especificar como as regras e autorregras exercem governo para os comportamentos obsessivos e compulsivos. As obsessões são governadas por autorregras. As compulsões estão sob o controle de regras verbais. Portanto, de acordo com essa importante conceituação, sugerem-se como exemplo:

[...] os indivíduos poderiam apresentar compulsões de checagem sob o controle de obsessões, relacionadas às regras que especificam responsabilidade pessoal, como em uma autoinstrução em que o indivíduo diz a si mesmo que "sua família correrá perigo se não conferir a válvula do gás (ZAMIGNANI; BANACO 2005 apud ABREU, 2013, p. 11).

De acordo com os autores citados, a checagem controlada pelas regras aconteceria por meio de respostas repetitivas, cuja função seria esquivar ou escapar de algum evento aversivo externo ao indivíduo, em geral, esse evento estaria na subsequência a uma resposta ineficaz. Portanto, o indivíduo com TOC ao entrar em contato com estimulações aversivas; conseqüentemente decorreria a uma resposta de checagem com resultados ineficazes, colaborando para que o indivíduo emita respostas repetitivas de checagem

Após a apresentação dos conceitos básicos da AC para a explicação do TOC, busca-se as técnicas fundamentadas nessa perspectiva, além de apresentar o modelo de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para o tratamento de TOC é oportuno. Ademais, com a complexidade que envolve o desenvolvimento e o tratamento ao TOC, busca-se de técnicas que aparam o psicoterapeuta em seu trabalho, contribuindo para a produção de bons resultados no prognós-

tico da doença.

Técnicas comportamentais e terapia cognitiva-comportamental (TCC) para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Segundo o DSM-V (2014), o TOC quando não tratado pode evoluir para um quadro crônico apresentando oscilações de sintomas, aumentando e diminuindo em determinadas fases da vida. Algumas pessoas seguem em um curso episódico e outros, em um grau menor, seguem um prognóstico de deterioração. Portanto, o tratamento é fundamental para a resolutividade do transtorno, ou, para que haja diminuição no seu curso de evolução. É destacado que sem o tratamento adequado, as taxas de remissão em adultos são baixas. Estima-se que 20% das pessoas reavaliadas mantiveram a doença por um período de 40 anos. Quando desenvolvida na infância ou na adolescência o seu percurso pode manter-se por toda a vida. Entretanto, caso haja o tratamento no início da doença, na infância ou adolescência, o número é satisfatório consistindo em 40% a chance de remissão da doença até o início da vida adulta.

Contudo, os tratamentos utilizados para reduzir o prognóstico do TOC envolvem o uso de psicotrópicos e psicoterapia. Os psicotrópicos possuem a função inibidora a recaptção de serotonina que irá proporcionar uma melhora considerável no quadro de ansiedade. Saliente-se que, a introdução imediata de psicotrópicos, deve ser acatada apenas quando os sintomas apresentados estejam em um nível elevado de gravidade que incluem riscos visíveis de suicídio ou sinais intensos de um quadro depressivo. A medicação deverá ser mantida por pelo menos três meses em dose máxima para avaliação de sua eficácia. Quando os sintomas forem controlados, tão logo reduzir-se-á para uma dosagem de manutenção após seis meses e tentar a suspensão após 18 meses (CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Assim, cabe ressaltar que qualquer caminho a ser adotado no que tange ao tratamento, deverá ser ajustado mediante às necessidades do indivíduo e, as propostas de tratamento, deverão ser elaboradas por profissionais especializados que atuem diretamente frente a essa demanda (ASTOC, 1996).

Nos escritos de Medicina, o TOC é visto como patologia orgânica, mas, para a AC, esse conjunto de fenômenos nomeado de patologia é tido como um excesso ou déficit comportamen-

tal que, para a cultura na qual este encontra-se inserido, é indesejável por trazer grande impacto em termos de subjetividade (ULLMANN; KRASNER 1975 apud ABREU, 2006).

A AC, segundo Ferster (1973 apud ABREU, 2006) não aplica para os comportamentos patológicos um diagnóstico de anormalidade orgânica, atribuindo apenas uma observação cautelosa em direção ao excesso e o déficit que esse fenômeno vem se apresentando no dia-a-dia e, o impacto causado em sua rotina.

Banaco (1997 apud MITSU et al., 2004) conclui que o modelo médico está em busca do enquadramento a uma classificação nosológica, e no que pertine a AC, esta busca mostrar-se por meio da análise funcional as contingências mantenedoras de comportamentos – problema.

Desse modo, é convencional apresentar o principal instrumento da AC – Análise Funcional (AF). Essa técnica permite ao analista do comportamento notar, evocar, interpretar e controlar comportamentos presentes no repertório comportamental, sendo padrões adquiridos de contingências passadas e presentes. A rigor, esse instrumento também colabora para o levantamento de outras técnicas de base comportamental e cognitiva que venham favorecer o trabalho interventivo sob as variáveis de controle das quais os comportamentos obsessivos e compulsivos são função, assim:

A análise funcional é a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do organismo. Para estabelecer estas relações, devemos especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta, e as consequências reforçadoras (MEYER, 2003, p. 75).

A autora citada menciona três importantes passos que compõem AF, sendo: identificar o comportamento de interesse; analisar duração, intensidade e a frequência; fazer relações entre a resposta com o antecedente e a consequência. Fazendo tal relação o analista identificaria quais seriam as intervenções necessárias sob as variáveis de controle para a manutenção e/ou modificação do comportamento de interesse.

Para Assunção e Vandenberghe (2010), o clínico analítico-comportamental não deve permanecer aprisionado às análises funcionais moleculares (contingências atuais), carece também da realização de análises funcionais molares, que possuem a função de compreender

as contingências históricas que favoreceram o condicionamento acerca do comportamento de interesse.

Cite-se que as classes de respostas que compõem o comportamento operante são uma parte significativa e controlável dos indivíduos. Cabe ao analista do comportamento estar implicado em atuar diretamente nas variáveis de controle dos operantes indesejáveis, bem como em alcançar novas contingências que favoreçam a aquisição de respostas desejáveis, e que estas se generalizem para o ambiente natural (COPQUE; GUILHARDI, 2009).

Em contraposição, Rose (1999) assinala que o estímulo para um comportamento respondente tem a função de ‘provocar’ a resposta, conseqüentemente, o organismo vivo não possui controle da resposta ao ser exposto diante do estímulo.

Conforme Wielenska (2001), os primeiros atendimentos a pacientes com TOC, incide em realizar uma extensa avaliação global, identificando a queixa inicial, elencando os contextos que favoreçam o aparecimento ou atenuação dos sintomas; as formas que contribuam para a superação do TOC; os estressores atuais e passados; o repertório geral (relacionamentos familiares, acadêmicos, profissionais, etc.); fontes de reforçadores presentes no ambiente natural; expectativas relacionadas ao tratamento; identificação dos tipos de obsessões e compulsões, buscando a frequência, intensidade e a duração; avaliar a intensidade ocasionada pelo sofrimento; analisar os antecedentes das ações obsessivas e compulsivas (eventos públicos, que caracterizam situações sociais, ou privados, como um estado corporal, sendo capazes de colaborar para a ocorrência dos sintomas); os consequentes de curto, médio e longo prazo (para o paciente e aqueles com quem convive);

A autora, ainda, destaca que alguns clientes possuem um amplo histórico de rejeição a tratamentos psicoterapêuticos, buscando com ampla frequência tratamentos alternativos e, em geral, com o aval familiar. Nesse caso, estabelecer um sólido vínculo terapêutico abrangeria: ensinar aos clientes e familiares as características pertinentes ao TOC; criar uma relação permeada pelo respeito, afeto e atenção; realizar intervenções assertivas que contribuam para a amenização do sofrimento; essas ações, por parte do profissional, são primordiais para a adesão e o enfraquecimento de respostas de fuga esquiva

ao tratamento psicoterápico.

Como já visto, o TOC contribui para um importante prejuízo em suas relações sociais. Essa diminuição deve-se ao fato do indivíduo perder grande parte de seu dia avaliando o quão ameaçadora podem ser as relações, bem como em execução de rituais e planejamento de meios que favoreçam a esquiva de estímulos eliciadores de ansiedade (RIGGS; FOA 1999 apud MITSI et al., 2004).

Grande parte dos clientes que apresentam o TOC, possui um repertório limitado de habilidades sociais, contribuindo para a produção de um baixo número de contingências produtoras de consequências reforçadoras sociais, igualmente para outros tipos de reforçadores (ZAMIGNANI, 2000 apud MITSI et al., 2004).

Nesse caso, a aplicação da técnica comportamental de modelagem colabora trazendo resultados satisfatórios. Em escritos da AC, a modelagem é compreendida como sendo um “processo gradativo de aprendizagem em que o responder é modificado gradualmente por meio de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas de uma resposta-alvo final” (LEONARDI; BORGES, 2012, p. 166).

Os autores mencionados explicam que reforço diferencial é liberado apenas para aquelas respostas que possuem semelhança topográfica com as respostas alvo-final e não sendo liberado para outras. As aproximações sucessivas indicam adjacência topográfica (topografia está relacionada com a forma de responder) para a resposta adequada a ser instalada. Após essa aproximação, o analista do comportamento propõe novos critérios para liberar o reforço. E, completam, que em via de regra, objetivo da modelagem sempre será a aprendizagem de um novo comportamento.

O fortalecimento de classes de respostas concorrentes aos rituais, podem ser obtidos por meio do reforçamento diferencial, que a rigor, favorece a aquisição de novas classes de respostas, bem como na diminuição de classes em forma de rituais. Portanto, Mitsi et al. (2004) explanam que a aplicação de modelagem envolve em adotar o curso de não liberar reforçadores para topografias de respostas ritualísticas e, sobretudo, liberar reforçadores para classes de respostas que concentrem em interação social, pois, essas repostas trariam bons resultados na redução de respostas compulsivas, já que ocuparia maior tempo executando outros tipos de

atividades.

Uma outra proposta de intervenção, contemporânea e abrangente, trata-se da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT, acrônimo de “*Acceptance and Commitment Therapy*”. Essa proposta visa:

“[...] enfraquecer o controle dos contextos sócio-verbais que incentivam os clientes a engajar-se em tentativas de evitar os estados privados aversivos, ou seja, em esquiva emocional ou experiencial, bem como a promover tolerância emocional e comprometimento com a mudança e a ação no ambiente” (BRANDÃO et al., 1999 apud SILVA; FARIAS, 2013, p. 40).

Os autores concordam na eficácia dessa abordagem para o tratamento, pois os comportamentos compulsivos mostram acentuada função de fuga-esquiva de eventos encobertos, o que implica em esquiva emocional ou experiencial.

A esquiva experiencial ocorre quando, em contextos culturais, estimulam-se a evitar sentimentos e emoções desagradáveis. Os eventos privados, segundo Dutra et al. (2010 apud SILVA; FARIAS, 2013), são verbalmente organizados na interação do sujeito com a comunidade sócio-verbal, e não somente discriminados.

Com o propósito de enfraquecer os padrões de esquiva experiencial, o analista do comportamento, versado pela ACT, utiliza-se de metáforas e paradoxos com tendência a amortecer a relevância do controle instrucional, buscando acarretar em aceitação os estados privados que são desagradáveis, esclarecem Silva e Farias (2013).

A ACT trabalha com componentes ou estratégias pertinentes as quais a intervenção ocorre. O componente inicial aborda um estado de desesperança criativa. Ou seja, mostra-se ao cliente que os recursos adotados não apresentaram eficácia na solução do problema, e até mesmo colaboram para a sustentação do mesmo. Essa intervenção tem por objetivo atenuar as racionalizações, bem como em confrontar os contextos sócio-verbais mantenedores dos padrões comportamentais deste, além de proporcionar condições criativas para pensar o problema em questão. O resultado obtido são as novas formas adquiridas em interpretar o problema e abordá-lo (SILVA; FARIAS, 2013)

Os autores esclarecem, ainda, que o se-

gundo componente consiste em assinalar que as tentativas de suprimir os eventos privados contribuem para a potencialização do problema, em vez de solucioná-los. A função do psicoterapeuta versa estimular o cliente a observar em sua experiência histórica e atual se a regra que funciona no ambiente externo tem sido efetiva no mundo privado. Em seguida, busca-se diferenciar o sujeito de seus pensamentos e sentimentos, definindo o 'eu' como conjunto dos eventos privados, e não como seu conteúdo. Assim, nesse curso, atenua-se a identificação do cliente na direção de eventos privados, transformando o contexto discriminativo e motivacional verbalmente instituído que impulsiona as tentativas de controlá-los.

E, por fim, é almejado pela ACT encorajar o cliente a experimentar as emoções, pensamentos e estados corporais, que anteriormente estava sob o controle da esquiva. Com isso, espera-se que haja a renúncia da batalha contra eventos encobertos, aceitando-os. Percebe-se que ocorre a mudança de significados funcionais desses, sem que mude sua forma, permitindo ao cliente ter seu comportamento modelado pela sua própria exposição às contingências (SILVA; FARIAS, 2013).

Desde a década de 70, vários estudos indicam que as terapias alicerçadas na Cognitiva Comportamental, baseada no modelo de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para transtornos depressivos e ansiosos de Beck, vem proporcionando melhoras expressivas, que de acordo com Prazeres, Souza e Fontenelle (2007), de 60 a 85% de clientes submetidos a TCC, atingiram a melhora do quadro obsessivo-compulsivo. As táticas da TCC aconselham:

[...] eliciação e a discussão dos pensamentos automáticos intrusivos, do medo disfuncional e dos esquemas de responsabilidade; a modificação de interpretações irrealistas; e a discussão sobre pensamento mágico e a fusão de pensamento e ação (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007, p. 263).

Os autores citados completam que estudos ainda apontam que a TCC associada as técnicas de Exposição com Prevenção de Respostas (EPR) e a Exposição *in vivo*, colaboram para vantajosos resultados.

A EPR consiste em expor o cliente em contato com estímulos relacionados às obsessões e à ansiedade, tomando como precaução

o bloqueio de respostas compulsivas, ou em termos da AC, o bloqueio de esquiva (ZAMIGNANI, 2000 apud SILVA; FARIAS, 2013). Destacam, ainda, que a EPR é bastante utilizada por analistas do comportamento.

Ressalva-se que ao adotar essa técnica, que tem por objetivo a maximização a estimulação aversiva, contribui na produção de intenso desconforto emocional. O analista necessita dispor de ampla atenção na aplicação dessa técnica, segundo Zamignani (2000 apud SILVA; FARIAS, 2013), os comportamentos obsessivos-compulsivos podem vir a ser controlados por outros tipos de contingências além daquelas de fuga-esquiva.

Conforme Mitsi et al. (2004), a EPR proporciona como resultado, após longos períodos de aplicação, a diminuição dos rituais. Nesse mesmo sentido, Prazeres, Souza e Fontenelle (2007) esclarecem que quando a obsessão não é acompanhada de compulsões, o cliente aprende que os rituais não são imprescindíveis para a prevenção de desastres, culminando na redução de respostas ansiosas.

A técnica de exposição *in vivo* incide em expor o cliente diretamente à situação geradora de ansiedade tendo como foco promover a habituação. Ou seja, amplia-se o tempo de exposição a estimulações aversivas, que em consequência a ansiedade terá um aumento expressivo, em seguida, deve-se propor como tática de tratamento diminuir os sintomas de ansiedade a níveis aceitáveis (MITSI et al., 2004).

A PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL – FAP: A IMPORTÂNCIA DO RELACIONAMENTO TERAPEUTA-CLIENTE PARA O TRATAMENTO DE TOC

Diante do exposto, de forma geral, o indivíduo carece de um apoio intenso para a sua continuidade de tratamento. Conforme Mendes e Vandenberghe (2009), apesar da eficácia que as técnicas proporcionam em um processo terapêutico, em alguns casos, os clientes acabam rejeitando tais intervenções devido às lacunas que se encontram presentes na relação terapeuta-cliente. Demonstram também o quanto a psicoterapia, baseada em uma relação intensa, desenvolvida no *setting* terapêutico, é capaz de produzir bons resultados no prognóstico da patogênese.

Nesse sentido, a Psicoterapia Analítico-

-Funcional (FAP), uma proposta de psicoterapia comportamental, que segundo Kohlenberg e Tsai (2006), consiste em um tratamento moderado nas oportunidades que são alcançadas dentro das limitações de uma relação íntima e intensa entre duas pessoas, terapeuta e cliente. Eles ainda avaliam que a experiência interpessoal intensa nesse relacionamento, oferece oportunidades para o cliente aprender novos comportamentos que venham proporcionar superação de seus problemas cotidianos, ou, de resolução dos comportamentos condicionados, que são avaliados como prejudiciais no dia-a-dia. A exposição a essa contingência terapeuta-cliente que, através do controle expedido pelo terapeuta, possibilita ao cliente se expor em arranjos de contingências que visam diminuir excessos, ou ampliar as respostas que diminuam os déficits comportamentais.

A rigor, o psicoterapeuta baseia-se na AF dessa relação para estabelecer as intervenções sob as variáveis que exercem governo para respostas obsessivas-compulsivas, pois, o interesse da FAP é que o cliente emita os comportamentos rotineiros em sessão (ASSUNÇÃO; VANDENBERGHE, 2010). Já que, segundo Kohlenberg e Tsai (2006), as oportunidades de aprendizagem ao vivo surgem quando o cliente emite comportamentos clinicamente relevantes (CCRs), os padrões obsessivos-compulsivos em relação à pessoa do psicoterapeuta. Nesse momento, o psicoterapeuta como variável de controle, tem a possibilidade de modelar os comportamentos do cliente a partir dos efeitos causados sob tal interação. Os procedimentos que são adotados na FAP não diferem de outros, e que rotineiramente são seguidos pelos analistas do comportamento em sua prática clínica. Assim sendo:

“O cliente é solicitado a relatar seus problemas e outras condições de sua vida. Entrevistas, auto-relatos, material gravado, questionários e registros são utilizados para definir o problema, gerar hipóteses sobre variáveis de controle e monitorar o progresso (KOHLENBERG; TSAI, 2006, p. 26).

É através desses procedimentos que sucedem a identificação dos CCRs, sendo eles divididos em três importantes momentos: CCR1, indicam os comportamentos problemáticos emitidos pelo cliente em sessão, como já exposto as respostas obsessivas e compulsivas, objetiva-se

enfraquecê-las no decorrer do processo. Ressalte-se que esses comportamentos inadequados inviabilizam a aquisição de novos comportamentos, bem como na apresentação de comportamentos adequados; O CCR2, está relacionado com a melhora do sujeito em terapia. Convém destacar que essa mudança ocorrerá gradualmente no processo; O CCR3, está relacionado com a capacidade adquirida pelo cliente em fazer observações e interpretações sobre seus comportamentos. Ou seja, o cliente discrimina os comportamentos apresentados em sessão, como de comportamentos emitidos em contextos distintos (KOHLENBERG; TSAI, 2006).

Os autores referenciados esclarecem que a CCR1 consiste nas classes de respostas de fuga ou esQUIVA sob controle de aversivos. Portanto, as inúmeras compulsões, para essa abordagem, tratam-se de respostas de fuga-esQUIVA tendo por finalidade retirar os incalculáveis estímulos aversivos produzidos por respostas obsessivas. Nessas situações, é esclarecido sobre a importância do bloqueio de fuga-esQUIVA, apresentando ao cliente o estímulo discriminativo que evocou a fuga ou a esQUIVA para que, na subsequência do processo, respostas dessas topografias sejam enfraquecidas, possibilitando o ingresso em CCR2s e CCR3s.

Para que a FAP contribua no processo psicoterapêutico de TOC, Kohlenberg e Tsai (2006) especificam cinco importantes regras: 1- Prestar atenção aos CCRs: essa regra é o coração da FAP, quanto maior for a competência do analista identificar os comportamentos relevantes, maior será a eficácia na evolução terapêutica. 2- Evocar CCR: a própria relação terapeuta-cliente evoca CCR1s, proporcionando amplas condições para o surgimento de CCR2s. Por isso, a importância em estabelecer uma relação intensa, profunda e tocante. 3- Reforçar CCR2s: colocar a regra 3 em prática é extremamente árduo, visto que os únicos reforçadores naturais, em sessão, para cliente adultos, pertencem às ações e às reações emitidas entre terapeuta e cliente. A rigor, é primordial liberar reforçadores naturais em sessão, em contraposição, os reforçadores arbitrários comprometem o processo. Por exemplo: oferecer na subsequência de respostas elogios em demasia. 4- Observe os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CCRs do cliente: essa regra assinala a importância dos efeitos da consequência para a ocorrência da

resposta no futuro. Por isso, o psicoterapeuta deve observar suas ações e reações, bem como os efeitos que causa no padrão comportamental de seu cliente. 5- Fornecem interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente: por meio das interpretações comportamentais, que auxilia o cliente no desenvolvimento de regras mais eficazes, além de proporcionar ampliação no contato com as variáveis de controle.

Portanto, Assunção e Vandenberghe (2010) explicam que a FAP é uma técnica que se baseia na relação intensa desenvolvida entre terapeuta e cliente, e que por meio dessa interação profunda, oferece oportunidades para que o paciente entre em contato com as contingências históricas que contribuíram para o desenvolvimento do TOC, além de permitir que os sentimentos sejam expostos e que ações sejam feitas. A postura do psicoterapeuta envolve em liberar reforçadores naturais, abdicando de consequências arbitrárias.

Ainda, de acordo com Kohlenberg e Tsai (2006), a psicoterapia se torna ineficiente quando, os ganhos obtidos em sessão, não são transferidos para a vida cotidiana do cliente. Portanto, os analistas do comportamento, em sua atuação, devem ter plena consciência da importância da generalização, pois, quando em decorrência dessa disseminação, é considerável citar que o processo psicoterapêutico foi um sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TOC concerne em respostas obsessivas que produzem ansiedade e desconforto, logo as compulsões estariam relacionadas às respostas recursivas e estereotipadas com a função de prevenir ou eliminar as obsessões e/ou ansiedade. Em termos da AC, essas respostas constituiriam as respostas de fuga-esquiva que tem como princípio a retirada do aversivo (reforço negativo) - (estimulações aversivas: obsessões e/ou ansiedade seguida de desconfortos físicos e emocionais), a seguir contribuiria para manutenção de várias classes topográficas disfuncionais.

O TOC ainda contribui para o déficit de algumas habilidades importantes, já que os transtornos relacionados a afetividade e ansiedade envolvem, em geral, problemas interpessoais e de repertórios não sociais, tais como: inabilidade na resolução de dificuldades cotidianas, falta de manejo em situações de estresse e/ou frustra-

ções. Esses baixos repertórios, na maioria das vezes, são em decorrência do convívio com as respostas disfuncionais – obsessivas e compulsivas. Pode-se afirmar, que em alguns casos, o déficit de algumas habilidades, se constitui na maior dificuldade enfrentada por esses clientes com TOC, pois são estimados como os principais elementos para a manutenção e gênese do problema. A ausência desse repertório, impossibilita o acesso à determinadas classes de estímulos reforçadores, e as classes de respostas obsessivas-compulsivas levam a curto prazo, a obtenção desses reforçadores. Essa relação, a médio e longo prazo, colabora para consequências prejudiciais, tais como: perda de relacionamentos satisfatórios, redução de oportunidades profissionais e privação de importantes reforçadores, contribuindo na cronicidade do quadro (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

Por isso, diversas abordagens psicológicas criaram técnicas de apoio aos psicoterapeutas e a AC também desenvolveram, a partir de seu referencial teórico, o seu instrumento basilar: a AF. Além disso, estudos empíricos, baseados nessa abordagem, colaboraram para a produção de novos construtos técnicos. Del Prette e Almeida (2012) sinalizam que as técnicas são entendidas por uma sistematização das intervenções a serem aplicadas sob determinadas demandas, tendo o claro objetivo em produzir resultados satisfatórios.

A AF é um instrumento teórico-prático, a teoria fornece a base conceitual necessária para a compreensão complexa do comportamento humano, e a prática consiste quando o profissional transcende esses conceitos por meio de sua aplicação, que possibilita a compreensão das variáveis de governo aos comportamentos inadequados, além de ajustar intervenções necessárias a essas variáveis, confiando que na modificação destas permita a mudança do comportamento inviabilizador a saúde emocional do cliente (DEL PRETTE; ALMEIDA, 2012).

Há uma certa inviabilidade, por parte do terapeuta, em acessar as contingências que operam no cotidiano do indivíduo. Entretanto, ao aplicar esse instrumento, em qualquer espaço de atuação, permite discriminar as diversas variáveis de controle para aquele comportamento de interesse, as obsessões e as compulsões. Desse modo, convém destacar que não é necessário a presença do psicoterapeuta no cotidiano do indivíduo, basta que esse possua um bom co-

nhecimento teórico e prático para consolidar-se na presença do cliente como um bom trabalho.

Diante do alto grau de sofrimento, que são enfrentados por clientes com TOC, a Psicoterapia Analítico Funcional, que por meio da sistematização da relação terapeuta-cliente, fornece ao cliente importante auxílio para que este se mantenha ativo no processo, já que as outras técnicas empregadas, como: EPR, Exposição *in vivo* são altamente aversivas. Logo, a adesão ao processo é bem custosa. Consequentemente, ao adotar a proposta da FAP, o processo terapêutico acaba sendo bem menos aversivo. Em muitos dos casos, a FAP é indicada exatamente para aqueles clientes que não aderiram, ou, não responderam satisfatoriamente às terapias tradicionais (PEZATO; BRANDÃO; OSHIRO, 2012).

Através da AF, bem como das outras terapias apresentadas nesse artigo, teria como propósito buscar as variáveis de controle, focando em manipulá-las com o objetivo de eliminar reforçadores das quais respostas obsessivas-compulsivas são função. Além disso, tais técnicas possibilitam que o analista do comportamento atenha em suas mãos um importante manejo no controle dessas variáveis, fornecendo resultados satisfatórios ao TOC, no que compete às relações intrapessoais e interpessoais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, P. R. **Um modelo experimental do transtorno obsessivo-compulsivo baseado nas relações funcionais entre respostas verbais e não verbais**. 2013. 68 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ANDERY, M. A. P. A. O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo Paulo: Arbytes, 1997. v. 1.
- ASTOC – Associação Brasileira de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo Compulsivo**. São Paulo, 1996.
- ASSUNÇÃO, A. B. M.; VANDENBERGHE, L. M. A. Rupturas no relacionamento terapêutico: uma releitura analítico-funcional. In: FARIAS, A. K. R. (Org.). **Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- AURELIANO, L. F. G.; BORGES, N. B. Operações motivadoras. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CAMPOS, M. C. R.; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 16-19, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600005>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- COPQUE, H.; GUILHARDI, H. J. O modelo comportamental na análise do TOC. **Revista (Inter) subjetividades**. Salvador, p. 01-19, 2009. Disponível em: <http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/Modelo_Comportamental_na_Analise_do_TOC.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- CORDIOLI, A. V.; HELDT, E.; RAFFIN, A. L. **Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/toctexto.html#top>>. Acesso em: 06 abr. 2015.
- DEL PRETTE, G.; ALMEIDA, T. A. C. O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- DUARTE, A. L. R. B. **A aprendizagem comportamental por regras no Transtorno Obsessivo – Compulsivo**. 2006. 39 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2006.
- KOHLBERG, T. J.; TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Tradução de Rachel Rodrigues Kerbaury. Santo André: ESETEC, 2006.
- LEONARDI, J. L.; BORGES, N. B. **A modelagem como ferramenta de intervenção**. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. [American Psychiatric

- Association] tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- MEDEIROS, C. A. Comportamento governado por regras na clínica comportamental algumas considerações. In: FARIAS, A. K. R. (Org.). **Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MENDES, N. A.; VANDENBERGHE, L. O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. Campinas, v. 26, n. 4, p. 545-552, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009-166X2009)>. Acesso em: 13 jul. 2015.
- MEYER, S. B. Regras e auto-regras no laboratório da clínica. In: RODRIGUES, J. A.; RIBEIRO, M. R. (Org.). **Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação**. Porto Alegre, Artmed, 2005.
- MIRANDA, M. A.; BORDIN, I. A. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 10-12, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462001000600004&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr. 2015.
- MITSI, C. A.; SILVEIRA, J. M.; COSTA, C. E. Treinamento de habilidades sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um levantamento bibliográfico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 49-59, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000100006. Acesso em: 07-10 jul. 2015.
- PEZATTO, F. A.; BRANDÃO, A. S.; OSHIRO, C. K. B. Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 74-84, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 29, n. 3, p. 262-270, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300014>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- ROSE, J. C. Que é comportamento? In: BANACO, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: Arbytes, 1999. v.1.
- SAMPAIO, A. A. S.; ANDERY, M. A. P. A. Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Org.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Tradução de Maria Amália Andery e Tereza Maria Sério. Campinas, Editora Livro Pleno, 2001.
- SILVA, J. N.; FARIAS, A. K. R. Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 37-56, 2013. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/629/394>>. Acesso em: 08-09 jul. 2015.
- SHAVITT, R. G.; et al. As possíveis causas do problema. In: TORRES, A. R.; SHAVITT, R. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares**. Porto Alegre, Artmed, 2001.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. Tradução de Joao Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- SKINNER, B. F. Selection by consequences (1981). Tradução de Carlos Renato Xavier Cançado, Paulo Guerra Soares e Sérgio Cirino. Seleção por consequências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 129-137, 2007. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/150>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- TORRES, A. R.; SMAIRA, S. I. As principais características do Transtorno Obsessivo-Com-

pulsivo. In: TORRES, A. R.; SHAVITT, R. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Medos, dúvidas e manias**: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre, Artmed, 2001.

TORRES, A. R. As manias (Compulsões ou Rituais) In: TORRES, A. R.; SHAVITT, R. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Medos, dúvidas e manias**: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre, Artmed, 2001.

TORRES, A. R. Medos exagerados, dúvidas sem fim, pensamentos e impulsos ruins (obsessões). In: TORRES, A. R.; SHAVITT, R. G.; MIGUEL, E. C. (Org.). **Medos, dúvidas e manias**: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre, Artmed, 2001.

TORRES, A. R.; LIMA, M. C. P. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Botucatu, v. 27, n. 3, p. 237-242. Jan./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462005000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr. 2015.

VERMES, J. S.; ZAMIGNANI, D. R. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 135-149, 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/112>>. Acesso em: 29 Jul. 2015.

WIELENSKA, R. C. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria Brasileira**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 62-64, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600018>. Acesso em: 28 jun. 2015.

TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS BASADAS EN ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO ADOPTADAS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

RESUMEN: Esta investigación de revisión bibliográfica ha tenido como enfoque conocer técnicas de conductas basadas en Análisis del Comportamiento (AC) utilizadas en el tratamiento de Trastorno Obsesivo

Compulsivo (TOC), además de inquirir otras técnicas de base Cognitiva de Comportamiento. Así, delante de la complejidad del TOC, el proceso de investigación abordó el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V, los supuestos teóricos suministrados por el Análisis de Comportamiento (AC) y técnicas con base de comportamiento y cognitiva. Con mayor enfoque se adoptó la Terapia Analítico Funcional – FAP que sistematiza la propia relación terapeuta-cliente para abordar y trabajar el TOC. Tras esa amplia presentación, se ha concluido que cuando se adopta en la práctica profesional técnicas que proporcionan una sistematización interventora, habrá mayor control de las variables ambientales que suministran manutención de respuestas obsesivas y compulsivas, y que al final se puede alcanzar resultados buenos de salud emocional del individuo, en lo que compete las relaciones intrapersonales e interpersonales, aspectos perjudicados por el TOC.

PALABRASCLAVE: DSM-V; TOC; Análisis del Comportamiento; Técnicas Conductuales; FAP.