



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA
EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

**MANUTENÇÃO DO COMPORTAMENTO OBSESSIVO-
COMPULSIVO POR INTERAÇÕES FAMILIARES:
LEVANTAMENTO DE ALGUMAS VARIÁVEIS POR MEIO DE
OBSERVAÇÃO**

Tatiana Araújo Carvalho de Almeida

PUC-SP
2005



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA
EXPERIMENTAL: ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

**MANUTENÇÃO DO COMPORTAMENTO OBSESSIVO-
COMPULSIVO POR INTERAÇÕES FAMILIARES:
LEVANTAMENTO DE ALGUMAS VARIÁVEIS POR MEIO DE
OBSERVAÇÃO**

Tatiana Araújo Carvalho de Almeida

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto Alves Banaco.

Projeto parcialmente financiado pela CAPES (janeiro de 2004 a fevereiro de 2005)

PUC-SP
2005

BANCA EXAMINADORA

DATA: __/__/__

Prof.^a Dr.^a Cibele Freire Santoro

Prof.^a Dr.^a Tereza Maria de Azevedo Pires Sérgio

Prof. Dr. Roberto Alves Banaco

AGRADECIMENTOS

...eu diria que o mestrado foi um marco na minha história de vida. História de um caminho que escolhi percorrer. Uma mistura de expectativas, mudanças, saudades, busca por um conhecimento que eu precisava adquirir. História que me fez descobrir um mundo novo... cidade nova, novos amigos... mas que me obrigou a estar longe da minha família, dos velhos e bons amigos, do meu mundinho. Enfim, uma história só... e eu cresci! Gostaria de agradecer a todos que fizeram e ainda fazem parte dessa bonita história...

Obrigada pai e mãe, pelo exemplo de força e dignidade...

Obrigada Lu e Arildinho, pelo apoio de sempre... mesmo que de tão longe...

Obrigada vó, por ter estado tão presente e por ter me ajudado tanto... saudades...

Obrigada a todos os meus amigos de BH que torceram por mim (nem me atrevo a enumerar)...

Obrigada Aninha e Dri por terem sido importantes modelos para mim...

Obrigada Anna Carolina e Quel pelo “teto” e amizade...

Obrigada a todos meus colegas de mestrado, em especial, Rafinha, Carol, Lili, KK, Candido, Marcelo, Nico... vocês foram demais!

Obrigada Amalia, Nilza e Téia por me ensinarem tanto! Obrigada Ziza pela participação mais que especial!

Obrigada Joana, Denis, Lugui, Nicolau pela contribuição e por participarem tão de perto desse momento...

Obrigada Dinalva, Maurício, Conceição e Neusa por toda ajuda e atenção...

Obrigada aos participantes por terem permitido a realização desse trabalho...

Obrigada à Fundação Anieli e Tadeus Guinsberg e à CAPES pelo financiamento...

Obrigada professora Cibele por ter se disponibilizado e contribuído tanto para a realização desse trabalho

Obrigada Roberto pelo carinho, pelo cuidado que teve com esse trabalho e comigo, por ter tornado esta caminhada bem mais agradável...

Obrigada Léo pelo amor, paciência, companheirismo... obrigada também por ter tido coragem de casar comigo nesse momento!!!

Sem vocês essa caminhada não seria possível...

Sumário

Introdução.....	01
Sobre sistemas classificatórios e diagnósticos.....	01
O Comportamento Obsessivo Compulsivo e a Análise do Comportamento.....	03
 Método.....	 17
Sujeitos.....	17
Ambiente físico.....	17
Material.....	18
Procedimento.....	19
 Resultados.....	 26
Discussão.....	43
Conclusão.....	49
Referências bibliográficas.....	51
Anexos.....	53
Apêndices.....	54
 Lista de Tabelas	
Tabela 1.....	34
Tabela 2.....	35
Tabela 3.....	37
Tabela 4.....	39
Tabela 5.....	40
Tabela 6.....	42

Almeida, T. A. C. (2005). Manutenção do Comportamento obsessivo-compulsivo por interações familiares: levantamento de algumas variáveis por meio de observação. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo

De um ponto de vista da análise do comportamento, entende-se que o comportamento obsessivo-compulsivo (COC) seja controlado por variáveis ambientais em interação com o organismo. Este estudo procurou descrever as interações familiares que poderiam estar controlando a emissão desse comportamento por meio da realização de entrevistas e de observação direta. Participaram do presente estudo um adolescente de quinze anos de idade que apresentava COC e sua mãe (único membro da família que residia com ele). A pesquisa foi desenvolvida em duas partes distintas. Na primeira delas realizou-se entrevistas com os dois participantes com o objetivo de iniciar um levantamento das variáveis controladoras do COC e ainda obter maiores informações a respeito do funcionamento da residência e da família. Na segunda parte da pesquisa foi desenvolvido um trabalho de observação dos comportamentos do sujeito (comportamentos obsessivos e outros a eles relacionados) que teve a duração de vinte e dois dias. Foram instaladas quatro câmeras de vídeo na residência dos participantes. Os objetivos da filmagem foram: 1) verificar se as respostas obtidas por meio das entrevistas seriam observadas no dia-a-dia da família; 2) destacar outras fontes de controle do COC não evidentes nas entrevistas. Os principais resultados encontrados foram: 1) o número de respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas pelo participante foi alto se comparado ao número de respostas consideradas socialmente adequadas e inadequadas emitidas por ele; 2) o número de respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas pelo sujeito na presença da mãe foi um pouco maior (59% das respostas) que o número de respostas emitidas na ausência da mãe (40,5% das respostas). A mãe esteve presente em 84,6% das respostas emitidas pelo participante consideradas socialmente inadequadas em 72,1% das respostas consideradas socialmente adequadas. A mãe esteve ausente em 15,4% das respostas consideradas socialmente inadequadas e em 27,9% respostas consideradas socialmente adequadas; 3) 57% das respostas emitidas pelo participante consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” tiveram como consequência atenção da mãe e em 43% a mãe se comportou de forma a suspender a atenção em sequência ao comportamento do filho. A diferença entre o número de respostas consequenciadas por atenção (maior número) e por ausência de atenção (menor número) repetiu-se para os grupos de respostas consideradas socialmente inadequadas e adequadas emitidas pelo participante. Os resultados apresentados confirmam o que vem sendo apresentado pela literatura da área no que diz respeito à importância da família como parte fundamental na manutenção de COC.

Palavras-chave: análise do comportamento, comportamento obsessivo-compulsivo, interações familiares, observação.

Almeida, T. A. C. (2005). The maintenance of compulsive-obsessive behaviors by family interactions: identifying some variables through observation. Master thesis. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract

From a behavior analytic perspective, the obsessive-compulsive behaviors (OCB) are understood as being controlled by environmental variables interacting with the behaving organism. This study aimed to describe the family interactions that could be controlling the emission of these behaviors through interviews with the persons involved and through direct observation. The participants were a fifteen year-old teenager who presented OCB and his mother (the only family member living with him). This research was developed in two stages. First, interviews with both participants were carried out. The goal of the interviews was to survey the controlling variables of OCB and get more information about the habits of the family and the house. On the second stage of the research, the behaviors of the participants (obsessive-compulsive behaviors and other related behaviors) were observed, which lasted for twenty-two days. Four video cameras were installed in the participants' house. The purposes of the video recording were: 1) to check if the verbal descriptions obtained through the interviews would be observed in the family's daily routine; 2) to identify other controlling variables of OCB not clear in the interviews. The main results found were: 1) the number of responses emitted by the teenager classified as "obsessive and/or compulsive" was high when compared to the number of his responses classified as socially appropriate and inappropriate; 2) the percentage of responses classified as "obsessive and/or compulsive" emitted when the mother was present was higher (59% of the recorded responses) than the percentage of the responses emitted in the absence of the mother (40,5% of the recorded behaviors). The mother was present when 84% of the responses classified as socially inappropriate were emitted, and when 72,1% of the responses classified as socially appropriate were emitted. The mother was absent in 15,4% of the responses classified as socially inappropriate and in 27,9% of the responses classified as socially appropriate; 3) 57% of the responses classified as "obsessive and/or compulsive" were followed by the mother's attention and after 43% of the responses, the mother behaved as to withdrawn attention as a consequence of his child's behavior. The difference between the number of responses followed by attention (higher number) and the number of responses followed by lack of attention (lower number) was repeated for the groups of responses classified as socially appropriate and socially inappropriate. The results confirm what has been shown by studies in the field, that is, the family is an important controlling variable in the maintenance of OCB.

Key-words: behavior analysis, compulsive-obsessive behavior, family interactions, observation.

Sobre sistemas classificatórios e diagnósticos

Os sistemas classificatórios de doenças e/ou transtornos mentais e/ou de comportamento são uma tentativa de organização das observações coletadas por diversos profissionais de vários países com o propósito de normatizar a comunicação entre os vários ramos da saúde, assim como auxiliar a definição das manifestações psiquiátricas para fins de pesquisa e/ou legais.

A nomenclatura utilizada por esse sistema classificatório possibilita sua aplicação em diferentes contextos, com diferentes profissionais e diferentes linhas teóricas. O DSM-IV se propõe a oferecer descrições claras de categorias que possibilitam o diagnóstico, comunicação, estudo e tratamento referentes a transtornos mentais.

O DSM-IV é utilizado por clínicos e pesquisadores de diferentes orientações (por ex., biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, de sistemas familiares). Ele é usado por psiquiatras, outros clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e de reabilitação, conselheiros e outros profissionais da saúde e saúde mental. O DSM-IV deve ter a capacidade de ser utilizável em múltiplos contextos – enfermaria, ambulatório, hospital-dia, consultoria de ligação, prática privada e cuidados primários, bem como com populações comunitárias. Também é um instrumento necessário para a coleta e a comunicação acurada de

estatísticas referentes à saúde pública. Felizmente, todos esses usos são compatíveis entre si” (DSM-IV, p.XV).

Conforme salientou Cavalcante (1997), o sistema de classificação de patologias descrito no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), apresenta um conjunto de itens (categorias) que fornecem informações a respeito da manifestação e descrição de “sintomas” referentes a uma dada “patologia”. *“Em função da heterogeneidade das apresentações clínicas, é facultado ao indivíduo apresentar um subconjunto dos itens derivados de uma lista mais extensa para, assim, ser considerado como integrante de uma determinada categoria”* (Cavalcante, 1997, p. 4). Da forma como foi colocada pela autora, essa afirmação poderia levar a entender que o DSM-IV classifica o indivíduo dentro de uma certa categoria, o que não é proposto por esse sistema classificatório. *“Um engano comum diz respeito a pensar-se que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classificam são os transtornos que as pessoas apresentam”* (DSM-IV, p. xxi).

O presente estudo considerou importante a descrição oferecida pelo DSM-IV a respeito das categorias referentes ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), por funcionar como ponto de partida para a realização possíveis análises topográficas e funcionais do “problema” em questão.

A literatura psiquiátrica atualmente denomina de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) o conjunto de “sintomas” apresentado por alguns indivíduos. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (1995), o TOC é caracterizado por obsessões e compulsões que proporcionam ao indivíduo muito sofrimento e prejuízo em relação às suas atividades

cotidianas. As obsessões são caracterizadas como pensamentos, idéias ou imagens, repetitivas e persistentes, percebidas como intrusivas e inadequadas. As obsessões causam no indivíduo muita ansiedade e ele procura eliminá-las por meio de atos abertos ou encobertos, repetitivos e geralmente estereotipados (compulsões).

O Comportamento Obsessivo Compulsivo e a Análise do Comportamento:

Os analistas do comportamento propõem o comportamento como seu objeto de estudo. Esta forma de abordagem do comportamento difere da psiquiatria que o considera como sintoma subjacente a uma patologia. Esta distinção é claramente descrita por Skinner (1979) em seu artigo *O que é comportamento psicótico?* no qual o autor evidencia que não é necessário nem conveniente explicar o “comportamento psicótico” com referência a fenômenos internos.

Skinner em 1979 destacou, em relação ao comportamento considerado “psicótico”, que embora ele seja um assunto particular que se faz presente em alguns casos, ele também deveria ser considerado um comportamento e, assim, todas as considerações realizadas pela análise experimental do comportamento se aplicariam também a ele incluindo-o no campo das ciências naturais.

O estudo do comportamento psicótico ou não [psicótico] permanece firmemente ao lado das ciências naturais, desde que consideremos como nosso objeto de estudo a atividade observável do organismo,

quando se locomove, permanece imóvel, toma objetos, empurra e puxa, produz sons, gestos e assim por diante. (Skinner, 1979, p. 189).

Referindo-se a pesquisas que estavam sendo desenvolvidas por ele com sujeitos “psicóticos”, Skinner (1979) descreveu relações funcionais entre os aspectos mensuráveis do comportamento e eventos que ocorriam na vida do organismo. Seu trabalho com “psicóticos” originou-se tanto de trabalhos experimentais aos quais ele se dedicava, como também da preocupação dele com o comportamento humano. Por meio do delineamento experimental desenvolvido com essa população foi possível, como afirma o autor, demonstrar que o comportamento denominado “anormal” obedece também a leis que possibilitam previsão e controle.

Um aspecto importante destacado por Skinner em relação à pesquisa diz respeito à probabilidade de emissão da resposta. Para ele é importante discriminar qual a frequência de emissão de uma resposta em uma dada condição e como esta frequência se altera quando os eventos ou condições são alterados. Skinner (1979) afirma que a frequência é uma medida adequada para o estudo dessa probabilidade.

Dessa forma, de um ponto de vista analítico comportamental, o TOC pode ser compreendido como um conjunto complexo de comportamentos constituindo um padrão de interação com o ambiente onde está inserido. Cavalcante (1997), por exemplo, descreveu a depressão como um processo de interação social e afirmou que tal fenômeno poderia ser melhor descrito como um padrão de interação com o ambiente. Fiel a uma análise inspirada no behaviorismo radical, Cavalcante (1997) ainda afirmou que as explicações para tal comportamento deveriam ser buscadas nas relações com o ambiente externo e que as explicações para ele poderiam ser encontradas encarando-o como produto de três tipos de

seleção (filogênese, ontogênese e cultura). A mesma afirmação poderia ser feita em relação ao comportamento obsessivo-compulsivo. Também para esse tipo de comportamento, aplicar-se-ia a interpretação de que ele é resultado desses três tipos de interação organismo-ambiente. Portanto, em uma tentativa de manter um padrão coerente com o vocabulário da análise do comportamento, a expressão “transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)” foi substituída, neste trabalho, por “comportamento obsessivo-compulsivo (COC)”.

Embora grande parte da literatura médica e psicológica apresente explicações mentalistas¹ para esse tipo de comportamento (COC), alguns analistas do comportamento propuseram outras interpretações, com base na filosofia behaviorista radical, para a “doença mental”.

Sidman (1989) considerou que o comportamento considerado “normal” e a “conduta anormal” são resultados diretos de processos de controle e, portanto, são regidos por leis, que não são diferentes para os dois casos. O autor referiu-se ao comportamento “anormal” do ponto de vista de uma perspectiva behaviorista radical da seguinte forma:

Claramente, muitos fatores podem contribuir para a doença mental e qualquer caso particular requer a consideração de todas as possibilidades: sociais e individuais, internas e externas. Mas no final, vemos doença mental na conduta. Compreender e fazer algo sobre a anormalidade requer análise comportamental. (Sidman, 1989, p. 193).

¹ Os mentalistas consideram a “doença mental” como causa dos comportamentos dos indivíduos. Em uma perspectiva behaviorista radical o comportamento é produto da interação entre o indivíduo e o ambiente no qual está inserido.

Segundo Sidman (1989) a relação entre as ações de uma pessoa e as conseqüências que seguem essas ações são o ponto chave para a compreensão da conduta humana. A análise dessa relação permite não apenas a determinação das conseqüências do comportamento, como também levam a uma explicação prática sobre o comportamento humano. Assim, identificar as ações de um indivíduo e as conseqüências dessas ações seria a essência da análise de contingências para esse autor. *“Análise de contingências é um procedimento ativo, não uma especulação intelectual. É um tipo de experimentação que acontece não apenas no laboratório, mas, também, no mundo cotidiano”*. (Sidman, 1989).

O autor aponta as contingências de reforço positivo e negativo como sendo alguns dos determinantes do comportamento. Para Sidman (1989) uma análise de contingências estaria correta se a alteração nas conseqüências levasse também a uma modificação comportamental. Segundo o autor, as contingências de reforçamento positivo estão se tornando cada vez mais raras na vida cotidiana. Sidman (1989) aponta que muitas vezes as pessoas agem sob reforçamento negativo, na tentativa de impedir ou eliminar um evento aversivo. Fala-se em punição quando esses efeitos aversivos não podem ser evitados. A punição leva a dois efeitos colaterais: a redução de um comportamento indesejável e um aumento na probabilidade de emissão de outro comportamento. O autor coloca algumas questões com relação à efetividade de aprendizagem do indivíduo, considerando as duas possibilidades de reforçamento. Segundo Sidman (1989) pode-se aprender tanto por reforço positivo quanto por negativo, no entanto, a segunda possibilidade limita a ação do indivíduo (sua ação se reduz a diminuir o evento aversivo).

Considerando a importância da análise de contingências, esse autor destaca a análise em relação às formas coercitivas que se encontram operando na vida das pessoas. Dois aspectos são destacados por Sidman (1989): a existência de forças coercitivas e o

comportamento de esquiva em resposta a elas. Alguns indivíduos reagem à coerção de forma mais adaptativa que outros, por meio de fuga e esquiva. Pode-se considerar uma esquiva “mais adaptativa”, ao menos no contexto clínico, quando essa resposta tem como consequência apenas a retirada do aversivo que a controla. Além de serem controladas por esse tipo de consequência, algumas outras respostas de esquiva podem ser seguidas por algum tipo de punição. É a este tipo de “menor adaptabilidade” que provavelmente o autor se refere, já que, neste caso, o evento especialmente observável é a apresentação de um estímulo aversivo, que não tem a propriedade de eliminar a resposta que consequencia.

Algumas vezes a esquiva pode ocupar grande parte da vida do indivíduo e passa a prejudicar seu funcionamento cotidiano. Em casos muito severos de casos psiquiátricos a pessoa é classificada como “mentalmente” doente. *“Atos podem se tornar tão freqüentes e autoconsumidores a ponto de serem chamados de ‘obsessivos’ ou ‘compulsivos’”*. (Sidman, 1989, p. 187). Desta maneira, conforme foi apontado por Sidman (1989), a coerção também seria uma das variáveis responsáveis pela ocorrência do comportamento obsessivo-compulsivo.

Assim, de acordo com Skinner (1979), Sidman (1989) e Cavalcante (1997), mesmo que a forma (ou a topografia) de um dado comportamento possa estar incluída sob adjetivos tais como “anormal”, “psicótico”, “patológico”, o que mais interessa ao analista do comportamento é a busca de sua função.

Conclui-se, portanto, a partir do que foi dito até o momento, que o comportamento obsessivo-compulsivo (COC), assim como qualquer outro comportamento humano, é controlado por variáveis ambientais. Essa afirmação implica em algumas considerações feitas por parte de analistas do comportamento especificamente voltadas para o entendimento do COC. Assim, de um ponto de vista analítico comportamental pode-se

dizer que as respostas consideradas “compulsivas” podem ter sua frequência aumentada, na medida em que levam à eliminação de algum evento aversivo constituindo uma contingência de reforçamento negativo. Segundo Vermes e Zamignani (2003) esta explicação (reforçamento negativo) poderia ainda estar incompleta para justificar o aumento na frequência das respostas “compulsivas”, pelo motivo de que outras variáveis também poderiam operar sobre os comportamentos obsessivo-compulsivos, além desta mencionada anteriormente. Entre algumas destas variáveis, os autores destacaram a importância de certos reforçadores sociais, como atenção, elogios, contato afetivo, que funcionam como contingência reforçadora positiva, mantendo também o comportamento obsessivo-compulsivo. Outra possibilidade apontada pelos autores refere-se ao fato de que o comportamento obsessivo-compulsivo poderia também ser mantido pela retirada de eventos aversivos não diretamente ligados à obsessão, como, por exemplo, a realização de tarefas consideradas aversivas.

Além das possibilidades apontadas por Vermes e Zamignani (2003) no que diz respeito às variáveis que compõem a contingência envolvida na manutenção do COC, Banaco e Zamignani (2004) sugeriram também o contexto antecedente como parte importante dessa contingência. Segundo esses autores o contexto antecedente seria composto por condições de privação ou de estimulação aversiva (operações estabelecedoras), por estímulos discriminativos/eliciadores públicos e privados e por respostas encobertas. Banaco e Zamignani (2004) apresentaram uma proposta de análise considerando todas as variáveis consideradas relevantes referindo-se de modo geral à ansiedade² e de modo mais específico ao COC. O esquema apresentado no Apêndice 1

² Conforme apresentado no DSM-IV, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) faz parte (juntamente com outras “patologias”) de um grupo denominado transtornos de ansiedade.

destaca as possíveis relações funcionais entre eventos ambientais e a resposta ansiosa, segundo Banaco e Zamignani (2004).

Os artigos citados até o momento referentes a COC foram baseados em observações clínicas dos autores e proposições explicativas baseadas em teorias e algumas comparações com outros problemas de comportamento e modelos experimentais.

Serão apresentados a seguir estudos que trabalharam com algumas variáveis consideradas relevantes no estudo do comportamento obsessivo-compulsivo, destacando os estudos de Vermes (2002), Calvocoressi, Lewis, Harris, Trufan, Goodman, McDougale, Price (1995) e Guedes (1997).

Uma das possibilidades destacadas por Vermes e Zamignani (2003), diz respeito ao controle do comportamento obsessivo-compulsivo pela retirada de eventos aversivos (como por exemplo, a demanda por tarefas). Esta hipótese foi estudada por Vermes (2002) que apresentou uma proposta de estudo para um tipo especial de comportamento obsessivo-compulsivo, de acordo com a análise do comportamento. O objetivo da pesquisadora foi identificar o efeito da introdução de atividades com diferentes graus de preferência e de estímulos aversivos sobre a ocorrência e duração de rituais de limpeza, em casos únicos. Foram utilizados nesse estudo três participantes (crianças) que apresentavam comportamentos obsessivo-compulsivos que fossem passíveis de observação (respostas abertas). Os sujeitos dessa pesquisa já haviam recebido o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, segundo entrevistas e aplicação do teste YBOC-S³ para crianças, no hospital psiquiátrico onde foram recrutadas. Os critérios utilizados para selecionar os sujeitos foram: ter entre quatro e onze anos de idade e apresentar compulsões (rituais) de

³ YBOC-S é a versão infantil da Y-BOCS – Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos – desenvolvida por Goodman, Price, Rasmussen (1990) com o objetivo de medir a gravidade dos “sintomas” obsessivo-compulsivos.

limpeza ou lavagem. O estudo foi realizado em uma sala de terapia infantil que continha uma pia com água corrente e materiais de limpeza que habitualmente eram utilizados pelas crianças em seu cotidiano. As sessões foram filmadas e as respostas tiveram sua duração registrada. Foram também utilizados alguns objetos (brinquedos) que foram categorizados, a partir de um teste de preferência, em altamente preferidos, medianamente preferidos e menos preferidos, materiais que possivelmente desencadeariam rituais, além de atividades cotidianas das quais os sujeitos costumavam se esquivar. A pesquisadora realizou uma entrevista inicial com os sujeitos e seus pais, na qual explicou os objetivos da pesquisa, as regras e condições para a participação e ainda apresentou os termos de consentimento e obteve as assinaturas necessárias. Foram realizadas também entrevistas adicionais que tiveram como objetivos confirmar o diagnóstico e a ocorrência dos rituais de lavagem, investigar quais os materiais eram utilizados pelos sujeitos na execução dos rituais, investigar quais eram os estímulos que freqüentemente provocavam a emissão dos rituais e identificar as atividades das quais os sujeitos costumavam esquivar-se.

Foram apresentados como estímulos substâncias que guardavam alguma semelhança (especialmente cor e viscosidade) com os estímulos ansiógenos descritos nas entrevistas. A pesquisadora realizou com os sujeitos doze sessões de quinze minutos, distribuídas em quatro dias (três sessões por dia). A ordem de apresentação das condições experimentais foi diferente para cada sujeito para que se pudesse avaliar a história experimental.

Os resultados obtidos por Vermes (2002) indicaram que os estímulos eliciadores de ansiedade combinados com tarefas não preferidas produziram maiores medidas de comportamento obsessivo-compulsivo. Os dados mostraram, ainda, que o indivíduo pode emitir respostas “compulsivas” mesmo na ausência do estímulo aversivo condicionado,

supondo a esquiva de atividades não preferidas como função do comportamento obsessivo-compulsivo. Além disso, a presença de estímulos ansiógenos, no entanto, combinados com brinquedos de alta preferência não produziram comportamentos obsessivo-compulsivos. Esses dados sugerem, portanto, funções para o comportamento obsessivo-compulsivo bastante diversas das apresentadas na literatura clássica e confirmam as interpretações iniciais de Sidman e as de Zamignani, Vermes e Banaco citadas às páginas 7 e 8 deste trabalho, especialmente as referentes a reforçamento negativo.

Como mencionado anteriormente, existem também hipóteses de que alguns reforçadores positivos sociais também podem funcionar de forma a contribuir com a emissão de comportamentos obsessivo-compulsivos. Alguns estudos como o de Calvocoressi e cols. (1995), e Guedes (1997) analisaram as relações entre o comportamento obsessivo-compulsivo e a família, processo denominado acomodação familiar⁴.

Calvocoressi e cols. (1995) realizaram um estudo sobre o tema acomodação familiar ressaltando sua importância por meio da justificativa de que a participação da família e a modificação do funcionamento da mesma acarretavam efeitos considerados negativos para o paciente e para a própria família. Esse estudo teve como objetivo avaliar a natureza e a frequência da acomodação familiar em casos de comportamentos obsessivo-compulsivos (denominados pelos autores como desordem obsessiva-compulsiva) e as conseqüências da não participação da família nos sintomas do paciente. Os autores levantaram a hipótese de que a acomodação familiar poderia estar positivamente relacionada ao estresse familiar, ao funcionamento prejudicado da família e a atitudes de rejeição em direção ao paciente. Um questionário formado por 13 questões relacionadas à acomodação familiar foi utilizado

⁴ Acomodação familiar é um termo usado por alguns autores referindo-se à participação direta da família nas respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas por algumas pessoas e também a possíveis mudanças no cotidiano familiar.

nesse estudo. As questões eram distribuídas da seguinte forma: as nove primeiras avaliavam dois tipos de acomodação familiar: participação da família nos rituais (itens 1 a 5) e alteração do funcionamento familiar em função da desordem obsessiva-compulsiva (itens 6 a 9). A questão 10 avaliava o nível de estresse da família quando esta se engajava em comportamentos de acomodação e as questões de 11 a 13 avaliavam as conseqüências da não acomodação. Os resultados obtidos informaram que 88,2% dos membros da família entrevistados (30 em 34 membros) relataram acomodação em relação ao paciente. Os resultados indicaram também que a acomodação familiar estava relacionada a um funcionamento pobre da família, a atitudes de rejeição em direção ao paciente e a vários tipos de estresse na família. A participação da família em comportamentos de acomodação pôde, então, ser entendida como uma forma de minimizar a ansiedade e a raiva do “paciente” direcionada aos familiares, ou seja, em palavras mais próprias da análise do comportamento, como respostas agressivas, de choro e de esquiva. Podemos entender por essa descrição que contingências de punição tanto positiva quanto negativa podem estar envolvidas nas relações paciente-família.

Estudando também o processo de acomodação familiar, Guedes (1997) realizou uma pesquisa que teve como objetivo analisar as possíveis relações entre a severidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos, a intensidade do envolvimento de familiares nos comportamentos obsessivo-compulsivos e a extensão das alterações no cotidiano da família. O estudo ainda teve como objetivo a adaptação, para o Brasil, do instrumento para avaliação dessas relações, desenvolvido por Calvocoressi e cols. (1995). Foram selecionados para esse estudo 26 pacientes e 26 familiares que participavam do Programa de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo (PRODOC) do ambulatório de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Os indivíduos selecionados já haviam recebido

o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo de acordo com o critério de avaliação do DSM-IV (APA, 1994). Guedes (1997) utilizou, além da *Escala de Acomodação Familiar* e *Y-BOCS*. Além dessas escalas Guedes utilizou uma *Ficha de Identificação dos Participantes* onde eram registradas informações pessoais sobre eles e os resultados das escalas. O procedimento da pesquisadora consistiu em três momentos para a obtenção de dados. O primeiro foi a realização de uma entrevista inicial com os participantes-pacientes para estabelecer um contato inicial com eles, avaliar sua disponibilidade para entrevista e identificar o familiar que participaria do processo de pesquisa. O segundo momento foi um encontro no qual a pesquisadora tinha como objetivo a realização de uma entrevista para a aplicação da Y-BOCS. No terceiro momento foi realizada uma entrevista com o participante-familiar para a aplicação da Escala de Acomodação Familiar. A pesquisadora recorreu à estatística para a realização da análise de dados. Os resultados obtidos por Guedes (1997) mostraram que todas as famílias relataram algum grau de acomodação. Baseando-se na graduação que foi proposta por Calvocoressi e cols. (1995), a autora classificou os relatos em cinco intensidades de acomodação familiar: extrema (28 a 36 pontos), grave (19 a 27 pontos), moderada (10 a 19 pontos), leve (1 a 9 pontos) e nenhuma (0 pontos). Os dados obtidos pela pesquisadora mostraram que houve uma distribuição quase uniforme do nível de participação da família nos rituais em relação aos graus de intensidade propostos. Já a alteração na vida cotidiana da família devida à ocorrência dos comportamentos obsessivo-compulsivos concentrou-se nos graus que indicavam menor acomodação. Os resultados apresentados por Guedes (1997) diferem em alguns aspectos dos resultados encontrados por Calvocoressi e cols. (1995). Guedes (1997) encontrou uma frequência maior de acomodação familiar (100%) enquanto que Calvocoressi e cols. (1995) encontraram uma frequência de 88,2%. Outra diferença entre estes estudos foi que

Calvocoressi e cols. (1995) não encontraram famílias que apresentassem grau extremo de acomodação. Os resultados obtidos em relação aos diferentes tipos de participação da família mostram que eles tendem a ser relatados como não ocorrendo ou como ocorrendo em grau extremo. O tipo de participação mais freqüente foi a que se referia a “*fazer coisas para evitar que o paciente ficasse nervoso*”. A participação menos freqüente foi “*deixar de fazer coisas, ver pessoas ou ir a lugares por causa do transtorno obsessivo do paciente*”. Os dados obtidos no estudo de Guedes (1997) mostram que a participação direta da família nos rituais foram relatados em freqüência maior do que os relatos sobre a alteração da vida familiar. O estudo de Guedes (1997) mostrou ainda que existe uma correlação moderada entre a severidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos e os relatos sobre acomodação familiar. Os dados também apontaram para a existência de uma correlação moderada entre o tempo de convívio diário da família com o paciente e os relatos sobre o grau de acomodação. Foi observado que quando as famílias não se acomodavam às exigências do paciente aparecia o fenômeno de lentidão em resposta à resistência da família. Os resultados do estudo também apontaram o relato da existência de desgaste e sofrimento em relação aos comportamentos obsessivo-compulsivos do paciente e também em relação aos limites no desempenho social e profissional do mesmo, independente do grau de acomodação familiar. O tipo de ritual (principalmente o ritual de limpeza) foi o fator que apresentou uma relação mais direta com o fenômeno da acomodação familiar. Segundo Guedes (1997) os dados obtidos no seu estudo comprovam a generalidade, a extensão e a diversidade do processo de acomodação familiar. Ainda, os dados encontrados apontam para a presença de um número maior de famílias que apresentam acomodação, em graus mais elevados do que os encontrados por Calvocoressi e cols. (1995). Uma hipótese levantada pela pesquisadora é que tais resultados poderiam ser reflexo de influências

culturais na relação família-paciente. O fator que a autora elege como responsável pela generalidade da acomodação familiar é o que está relacionado com o contexto (ausência de recursos e necessidades do paciente) no qual a família está inserida. Baseada nisto, a autora propõe a análise dos processos comportamentais envolvidos no fenômeno da acomodação familiar. Segundo ela a família se comporta controlada por conseqüências imediatas e na maioria das vezes reforça o comportamento do paciente de forma inconsistente (esquema de reforçamento intermitente). Tal esquema de reforçamento, como afirma a autora, produz padrões de comportamentos extremamente resistentes à extinção. Além disso, a autora afirma que a família emite um padrão de respostas que é basicamente de fuga e esquivas das conseqüências negativas do comportamento obsessivo-compulsivo.

Os resultados encontrados nos estudos de Calvocoressi e cols. (1995) e Guedes (1997) são reafirmados no artigo de Vermes e Zamignani (2003) e Banaco e Zamignani (2004) no que diz respeito às variáveis responsáveis pelo controle do comportamento obsessivo-compulsivo em observações clínicas.

Apesar de considerar a importância dos resultados apresentados por Calvocoressi e cols. (1995) e Guedes (1997) o presente estudo teve a preocupação de observar se esses dados, obtidos por meio de formas indiretas (questionários e entrevistas), poderiam também ser obtidos por meio da observação direta do comportamento em ambiente natural. Embora o desejável fosse a utilização de um método mais semelhante ao utilizado por Vermes (2002), com características mais experimentais, considerou-se que uma boa aproximação entre a obtenção de dados por meio de relato verbal e a proposição de uma análise funcional experimental fosse a descrição de relações familiares permitida pela observação. A pesquisadora constatou a inexistência de outros estudos referentes ao COC realizados por analistas do comportamento e que tenham utilizado o método de observação direta desses

comportamentos em ambiente natural por um período suficiente para o levantamento de variáveis relevantes.

Sturmey (1996) escreveu sobre a importância da utilização de métodos de observação na pesquisa clínica. Segundo o autor, existe um interesse dos psicólogos em estudar o comportamento humano, e para tanto se tem utilizado mais a observação indireta do comportamento (por exemplo, medidas de auto-relato, estudos experimentais e questionários) do que a observação direta. Segundo ele a utilização de métodos de observação direta pelo pesquisador clínico poderia implicar em uma ampliação na variedade de dados em diferentes “settings”. Sturmey (1996) destacou algumas razões pelas quais seria importante a realização de estudos de observação em ambiente natural: 1) a importância de tentar descrever o desenvolvimento da história natural do fenômeno clínico; 2) entender mais claramente as condições em que o comportamento ocorre; 3) comparar os dados obtidos em settings naturais e análogos (por exemplo, laboratório e clínica); 4) estudar o comportamento de sujeitos impossibilitados de participar dos métodos de pesquisa tradicionais; 5) alcançar maior precisão na obtenção de dados do que a obtida em relatos indiretos; 6) compreender melhor as variáveis responsáveis pela ocorrência e manutenção dos comportamentos.

A proposta metodológica apresentada a seguir pela pesquisadora considerou, assim como em Sturmey (1996), a importância da aplicação dos métodos de observação direta do comportamento humano e suas implicações diretas para a realização de intervenções clínicas. O presente estudo procurou realizar uma descrição das interações familiares que poderiam estar controlando o comportamento obsessivo-compulsivo de um jovem, utilizando o método de observação direta dos comportamentos emitidos.

Método

Sujeitos:

A seleção do participante da presente pesquisa foi realizada por meio de contato da pesquisadora com um terapeuta comportamental. A solicitação de indicação do participante apresentava os seguintes critérios:

- O participante deveria estar residindo com a família;
- O participante deveria apresentar respostas compulsivas abertas. A escolha por esse tipo de resposta foi devida ao fato desta ser observável, registrável e mensurável por um observador independente.

O terapeuta indicou um participante que estava no momento da coleta de dados em tratamento por apresentar respostas compulsivas. Esse terapeuta se disponibilizou a responder algumas questões referentes ao seu “cliente” (Anexo 5).

Foram observados no presente estudo os comportamentos de um jovem de 15 anos de idade que apresentava, no período da pesquisa, comportamentos obsessivo-compulsivos (COC) e da mãe dele (único familiar que residia com ele).

Ambiente Físico:

As entrevistas, que constituem a primeira parte da coleta de dados, foram realizadas no consultório do terapeuta que indicou o participante para a pesquisa. A segunda parte da

coleta - a observação dos comportamentos do participante e sua família - foi feita por meio de registro eletrônico em vídeo, obtido na residência do participante. Câmeras foram instaladas nos seguintes locais da casa: no portão da garagem, na sala de televisão, na cozinha e no quarto de computador (locais mais públicos da residência). O posicionamento exato das câmeras foi definido a partir da primeira visita da pesquisadora no local. A planta da casa dos participantes está apresentada no Apêndice 2.

Material:

Foram utilizados para a coleta de dados os seguintes materiais e equipamentos:

- Um roteiro de entrevista que foi realizada com a mãe do participante; (Anexo 1)
- A Escala de Acomodação Familiar proposta por Guedes (1997) para a realização de uma segunda entrevista com a mãe do participante; (Anexo 2)
- Um roteiro de entrevista (também baseada na proposta de Guedes, 1997) realizada com o participante; (Anexo 3)
- Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS); (Anexo 4)
- Um roteiro de entrevista realizada com o terapeuta do participante; (Anexo 5)
- Um computador ligado a quatro micro-câmeras digitais coloridas e a um microfone possibilitando o registro de sons e imagens vinte e quatro horas por dia;
- Folha de registro para uso da pesquisadora (Anexo 6).

Procedimento:

Foi obtido um aval do Comitê de Ética da PUC-SP esclarecendo sobre a possibilidade de danos à saúde do participante e sua família, bem como um parecer psiquiátrico para a realização da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas:

a) A primeira etapa foi um encontro da pesquisadora com os participantes no consultório do terapeuta do participante, que teve a finalidade de expor os objetivos da pesquisa, esclarecer todas as dúvidas que poderiam ocorrer e ainda apresentar os termos de consentimento e obter as assinaturas necessárias. Nessa etapa da pesquisa também foram oferecidas pela pesquisadora oito sessões de orientação, cada uma com a duração de cinquenta minutos, a serem realizadas ao término da conclusão da pesquisa. Os objetivos dessas sessões de orientação foram: 1) Oferecer à mãe do participante informações relevantes a respeito do problema obsessivo-compulsivo; 2) apresentar à mãe as informações sobre o comportamento obsessivo-compulsivo do filho, obtidas por meio da coleta e análise de dados; 3) propor a ela algumas mudanças na relação com o filho que poderiam levar a uma diminuição do número de respostas “obsessivas e/ou compulsivas e de respostas consideradas socialmente inadequadas emitidas pelo participante.

b) A segunda etapa também aconteceu no consultório do terapeuta do participante onde foi realizada a entrevista inicial com a mãe do participante (Anexo 1). O objetivo dessa entrevista foi o de iniciar um levantamento de informações a respeito do funcionamento da residência e da família. Estas informações também auxiliaram na

definição do posicionamento do equipamento. Ainda nesta parte da pesquisa realizou-se a segunda entrevista com a mãe do participante (Anexo 2). O principal objetivo dessa entrevista foi o de iniciar um levantamento das variáveis que possivelmente manteriam o COC, mais diretamente relacionadas à família. As questões dessa entrevista foram as mesmas que foram apresentadas por Guedes (1997) – Escala de Acomodação Familiar – baseadas na proposta de Calvocoressi e cols. (1995). A pesquisadora contou apenas com a presença da mãe nesta etapa;

c) Na terceira etapa foi feita com o participante uma entrevista também baseada na Escala de Acomodação Familiar (Guedes), semelhante à realizada com a mãe (Anexo 3). Pretendeu-se também com esta entrevista fazer um levantamento inicial das variáveis que possivelmente manteriam o COC. Ainda com o objetivo de levantar variáveis importantes relacionadas ao comportamento obsessivo-compulsivo e de colher mais informações a respeito das dificuldades do participante foi feita com o mesmo uma entrevista baseada na Y-BOCS - Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Anexo 4);

d) Na quarta etapa foi desenvolvido um trabalho de registro e posterior observação dos comportamentos dos participantes com a duração de vinte e dois dias. As sessões de observação tiveram os seguintes objetivos: 1) verificar se as respostas obtidas por meio das entrevistas no levantamento de variáveis relacionadas com a emissão do comportamento obsessivo-compulsivo seriam observadas no dia-a-dia da família, e 2) destacar outras fontes de controle do COC não evidentes nas entrevistas. Nesta etapa da pesquisa o equipamento foi instalado na residência do participante. Um microfone e as quatro câmeras (ligados ao computador) foram distribuídos em alguns cômodos da casa

(sala de televisão, cozinha e quarto de computador) e na garagem. O computador pôde registrar vinte e quatro horas por dia durante os vinte e dois dias em dois “hard disks” (HDs) que eram alternados a cada semana. Enquanto um ficava designado a registrar os comportamentos na residência dos participantes o outro era levado para que a pesquisadora pudesse retirar dele os registros necessários para observação. A pesquisadora optou por recolher o material registrado (imagens e sons gravados no computador) uma vez por semana na residência do participante (momento de substituição do HD e verificação do equipamento). A partir daí as imagens foram vistas e as respostas registradas. A pesquisadora utilizou uma folha de registros (Anexo 6) na qual foram registradas as respostas emitidas pelo participante e sua mãe durante os dias de filmagem. As respostas foram registradas minuto a minuto observando-se cada câmera separadamente. Os três primeiros dias de coleta serviram como treino para a pesquisadora e também para a definição das categorias de respostas emitidas pelos participantes, bem como à sua acomodação ao registro. O equipamento funcionou durante vinte e cinco dias e apresentou problema em três dias (nesses dias as imagens e sons não foram registrados). Foram então filmados e registrados vinte e dois dias. A pesquisadora registrou todas as respostas emitidas pelos participantes nesse período e selecionou parte delas para gravar em CD. A mensuração foi feita a partir dessas imagens selecionadas. Os critérios utilizados nessa seleção foram os seguintes: 1) exclusão das imagens nas quais os dois participantes estavam ausentes (fora de casa ou fora do alcance das câmeras) ou dormindo; 2) exclusão das imagens nas quais apenas a mãe estava presente (com exceção das imagens que mostravam os participantes conversando no telefone); 3) exclusão de imagens que mostravam o participante assistindo televisão ou usando o computador (praticamente na mesma posição) por muito tempo (mais de duas horas).

Respostas destacadas para observação:

As respostas emitidas pelo participante foram divididas em três grupos distintos: o *primeiro grupo* refere-se às respostas do sujeito que tinham características obsessivas e compulsivas ou que eram respostas proximamente relacionadas com essas características. As respostas que compuseram esse grupo foram:

- bater ou quebrar qualquer objeto da casa ou fazer barulho alto de batidas no banheiro quando está tomando banho ritualístico;
- acender vários palitos de fósforo consecutivamente ou passar a chama na pia da cozinha;
- emitir respostas de limpeza ou lavagem, como, tomar banho ritualístico (quando o sujeito diz que foi contaminado por alguém), lavar ou limpar com papel e/ou produto de limpeza objetos (inclusive dinheiro), comida e o chão, cumprimentar uma visita e em seguida sair para tomar banho;
- comportar-se de modo a prevenir ou remover o contato com pessoas/objetos que poderiam causar contaminação: abaixar a cabeça/tronco ao passar pela porta do quarto de computador; agachar e levantar (quando come, vê tv, joga vídeo game, arruma sapato ou fica no computador) como forma de evitar o contato com os móveis da casa, afastar/desviar da mãe ou dos móveis da casa, telefonar ou receber telefonema da mãe certificando-se da presença das pessoas que poderiam contaminá-lo, confirmar com a mãe (fazê-la jurar inclusive) se ela passou com alimentos/objetos perto dessas pessoas, se ela realizou alguma ação para evitar a contaminação dele. Foram ainda consideradas formas de prevenção e remoção do estímulo aversivo: colocar as mãos ou papel nos ouvidos evitando ouvir os

sons da rua, utilizar papel ou outro objeto (ex: prato) para acender ou apagar luzes, abrir ou fechar portas e janelas, tocar em móveis e utensílios da casa, abrir e manter aberta a porta da geladeira clareando a cozinha e evitando o contato com o interruptor, colocar uma toalha na porta do quarto de computador como forma de evitar a entrada de claridade;

- dar ordens para a mãe: mudar o canal da televisão, falar baixo, calar a boca, sair da sala, apagar a televisão, abrir o portão, apagar a luz, afastar móveis, pegar ou colocar roupas/sapatos dele no varal, pegar a toalha de banho para ele, lavar as mãos, pegar algum objeto, determinar o que fazer com certos objetos, e ainda apressá-la.

- pegar um pedaço de papel toalha na cozinha;
- picar e jogar papel no chão.

O *segundo grupo* de respostas emitidas pelo participante é constituído por respostas consideradas socialmente inadequadas. São elas:

- abanar-se usando um prato;
- ameaçar ou provocar a mãe, ou seja, falar que vai fazer algo de ruim com ela;
- movimentar uma garrafa de refrigerante, uma pizza congelada ou os braços;
- jogar de brincadeira a garrafa na mãe;
- escutar o que a mãe fala por trás da porta, observar o que a mãe faz pelo buraco da fechadura;
- escutar a conversa da mãe no telefone através da extensão;
- pedir insistentemente que ela lhe devolva o computador (apreendido como forma de punição após uma briga);

- permanecer por muito tempo sentado ou deitado no chão chorando após briga.

O *terceiro grupo*, respostas socialmente adequadas, é composto pelas seguintes respostas emitidas pelo participante:

- alongar seus músculos quando fica muito tempo parado na mesma posição,
- tomar banho de asseio (banho que acontece sem que tenha ocorrido algum contato anterior com os estímulos aversivos e, portanto, sem a emissão de respostas obsessivas e/ou compulsivas, como acontece em ocasião do banho ritualístico),
- jogar no lixo objetos que realmente são descartáveis,
- ler jornal, revista etc,
- oferecer comida ou bebida para a mãe,
- olhar para/em direção a mãe,
- pedir ajuda para fazer algo que não consegue ou não sabe fazer sozinho (diferente de pedir auxílio na realização dos “rituais”),
- perguntar para a mãe quanto tempo gastou para tomar banho (resposta que ocorria apenas após banho de asseio e nunca após banho ritualístico),
- rezar (acompanhar a reza pelo som do rádio, fazer o sinal da cruz),
- tocar na mãe (contato físico com ela).

A descrição das respostas emitidas pelos participantes está apresentada no Anexo 11.

Justificativa metodológica:

O fato de ter optado por utilizar um equipamento de filmagem para observação dos comportamentos do sujeito e sua família pode ser justificado pela necessidade de registrar diretamente tais comportamentos. Tratou-se de um procedimento longo (aproximadamente um mês de observação) que foi realizado na residência do sujeito. A pesquisadora considerou que as câmeras seriam uma variável menos intrusiva no cotidiano da família do que a presença de um observador no local. Além disso, seria inviável a permanência da pesquisadora durante todo este período.

A pesquisadora optou por não instalar câmeras em determinados cômodos da casa tais como banheiros e quartos, com o intuito de garantir maior privacidade para as pessoas.

Resultados

A primeira etapa do trabalho foi realizada no consultório do terapeuta comportamental que encaminhou o participante para a pesquisa e esclareceu algumas questões a respeito dele. A pesquisadora primeiramente apresentou a importância e os objetivos da realização da pesquisa à mãe do participante, respondeu a todas as dúvidas colocadas por ela, apresentou e leu com ela os itens do Termo de Consentimento e obteve a assinatura necessária.

O mesmo procedimento foi realizado com o participante, que depois de ter sido informado sobre o funcionamento da pesquisa, esclarecido com a pesquisadora algumas dúvidas e lido o Termo de Consentimento também o assinou garantindo sua participação e a realização da pesquisa.

Depois de concluída a primeira etapa iniciou-se a segunda parte da pesquisa que foi composta de duas entrevistas com a mãe. A primeira entrevista foi chamada de entrevista inicial e a segunda foi uma entrevista cujas questões foram baseada nas propostas de Guedes (1997) e Calvocoressi e cols. (1995). Os Anexos 1 e 2 mostram as questões dessas duas entrevistas.

Por meio das questões elaboradas pela pesquisadora para a realização da entrevista inicial com a mãe do participante (Anexo 1) foi possível obter alguns dados a respeito do comportamento do participante, do comportamento da mãe do participante, da relação familiar, e da influência do COC no cotidiano familiar. As informações fornecidas pela mãe são as seguintes:

- O relacionamento entre mãe e filho, anterior à emissão dos comportamentos obsessivo-compulsivos pelo filho, era muito bom. O filho era bastante afetivo com ela, mas atualmente houve um afastamento físico dele em relação a ela de modo a evitar que ela o “contamine”. Em momentos de “crise”⁵ ele briga com ela.

- O participante é filho único, mora apenas com a mãe. Os pais estavam separados no momento da coleta de dados e o início da separação se deu há aproximadamente dez anos.

- Pai e filho se encontram poucas vezes. Segundo a mãe o pai sempre foi muito “seco” e os comportamentos obsessivo-compulsivos do filho o afastaram mais ainda. Ela insiste em “cobrar” a presença do pai na participação da educação do filho.

- Poucas pessoas freqüentam a casa, raramente recebem visitas. O participante não tem namorada, mantém algumas amizades da escola, mas raramente sai com os amigos.

- O relacionamento do participante com a vizinhança é bom, com exceção de uma vizinha que ficava com ele quando a mãe saía para trabalhar.

- Os comportamentos obsessivo-compulsivos do participante iniciaram há cerca de três anos. Quem cuidava dele enquanto a mãe trabalhava era a avó materna, com quem o participante tinha muito bom relacionamento. Depois de algum tempo a avó saiu da cidade e quem passou a cuidar do participante foi a vizinha, que era paga para isto. Essa “mulher” (assim como é mencionada) tornou-se, então, um “foco de contaminação” para ele.

⁵ O termo “crise” é usado pela mãe do sujeito sempre que está se referindo às respostas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas pelo sujeito. Entrar em casa gritando, tirar e jogar as roupas e sapatos no chão da cozinha e em seguida sair para tomar banho é um exemplo de “crise”.

- Atualmente a mãe cuida do filho e por esse motivo deixou de trabalhar. Ela afirma que se afastou do trabalho devido à depressão e a relacionou, em parte, com os comportamentos do filho.

- Os rituais geralmente acontecem em casa. Não acontecem na casa da avó ou dos tios.

- Alguns exemplos de comportamentos que o participante emite atualmente: ele não pode encostar-se em nada dentro de casa que tenha sido “contaminado” pela vizinha. Ele não pode sequer vê-la ou ser visto por ela (as roupas do varal que podem ser vistas da casa da vizinha também ficam contaminadas). O participante não se encosta nos móveis da casa e não se senta em nenhuma cadeira. Tanto na frente do computador como na frente da televisão fica agachado. Ele também não toca no portão da rua. Para que o filho saia e entre em casa a mãe tem que abrir o portão (do trabalho, ele liga avisando que está chegando. Ela então tem que verificar se a vizinha está na rua e abrir o portão) para ele.

- Quando o participante não consegue evitar a “contaminação” ele fica “nervoso” e briga com a mãe.

- Há algum tempo o participante lavava demasiadamente as mãos e não escovava os dentes porque tinha nojo; isso melhorou com a ajuda de uma psicóloga que tratou dele anteriormente ao tratamento que recebeu mais recentemente.

- Atualmente o participante coloca toda a roupa “contaminada” para lavar e toma longos banhos. Ele deixa a água cair no corpo por um longo tempo e só depois começa a se lavar. Ele já chegou a “deixar a pele branca”, ressecada e um pouco machucada em função desse banho demorado. Ele também utiliza álcool ou algum outro produto de limpeza (por exemplo, Veja) para limpar as mãos, sapatos e a mochila.

- O participante é lento para realizar as atividades do dia-dia, principalmente para tomar banho.
- Sobre mudanças na rotina do participante devido aos COC: ele deixou de realizar algumas atividades em função do medo que ele tem de se “contaminar” e também mantém a casa toda fechada para evitar a contaminação. Houve uma piora no desempenho escolar. Já no curso de informática, do qual ele gosta muito, seu desempenho é bom.
- Tempo de permanência do participante em casa: de segunda a sexta feira ele sai na parte da manhã para a escola e de lá vai direto (sem almoçar em casa) para a gráfica (a mãe paga metade do salário sem ele saber, acordo com o dono da gráfica para contratá-lo). Ele volta para casa entre 17:30 e 18:30 hs, mas às vezes chega mais tarde quando tem muito trabalho. Foi combinado entre os participantes um horário máximo para ele chegar em casa: 20:00 hs. Nos finais de semana ele geralmente fica em casa o tempo todo, raramente sai.
- Participação da mãe nos COC do filho: ela lava ou finge que lava as roupas “contaminadas”, verifica a presença da vizinha, abre o portão da garagem, não toca no que ele proíbe, não arruma a cama dele, programa um “timer” que toca quando o banho dele chega a 10 minutos. Na maioria das vezes o deixa fazer o que quer. Poucas vezes a mãe se nega a colaborar. Costuma atender aos pedidos do filho, como, por exemplo, não se sentar em alguns lugares, não cumprimentar pessoas (estender a mão) perto dele (terapeuta, por exemplo).
- A fim de evitar a demora dos banhos e os demais “desperdícios” (como, por exemplo, deixar de usar sapatos, o banco do computador) a mãe costuma usar o argumento que ele precisa ajudar na economia dos gastos.
- A rotina da casa, de modo geral, não sofreu alteração.

O início do levantamento das possíveis variáveis mantenedoras do comportamento obsessivo-compulsivo desse participante, mais diretamente relacionadas à família, continuou a ser feito na segunda entrevista com a mãe. Nesse momento a pesquisadora já tinha obtido algumas informações que foram usadas como ponto de partida. As questões usadas pela pesquisadora foram baseadas nas propostas de Guedes (1997) e Calvocoressi e cols. (1995) (Anexo 2).

Os dados obtidos por meio do relato da mãe na segunda entrevista mostraram que ela (único familiar que reside com o participante) teve participação na realização das respostas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas pelo participante, com uma frequência diária. A mãe do participante afirmou que participa dos COC lavando ou limpando roupas ou objetos que ele afirma terem sido contaminadas e auxiliando-o de forma que ele pudesse evitar o contato com a vizinha. Ela ainda relatou que freqüentemente responde às perguntas do participante procurando tranquilizá-lo em relação à presença ou não da vizinha na rua nos momentos em que ele chega ou sai de casa. Quando foi questionada sobre possíveis mudanças no seu cotidiano, como, por exemplo, evitar fazer alguma coisa, deixar de sair de casa ou de encontrar com pessoas, ela respondeu que ela muda a rotina dela dependendo se ele está “em crise” ou não. A mãe relatou que em algumas situações ela faz coisas que seriam de responsabilidade dele fazer, por exemplo, lavar freqüentemente o tênis para ele. Para lidar com os comportamentos do filho ela disse que em algumas situações (como essa de lavar coisas para ele) ela mente ou cede. Ela reafirmou o que disse na entrevista anterior: que parou de trabalhar como consequência da depressão que ela relaciona aos COC do filho. Ela relatou que também está se comportando “compulsivamente” em algumas situações, principalmente em relação à lavagem excessiva das roupas e dos alimentos. As atividades de lazer dela também são alteradas em função dos comportamentos do

participante. Outro aspecto que diz respeito à participação dela nos COC refere-se à modificação da casa. Ela afirmou ter mudado alguns móveis de posição de forma a facilitar a movimentação do participante. Sobre os hábitos familiares que poderiam também ter sido modificados ela destacou o tempo gasto por ele no banho, que além de gerar atrasos para ambos também contribui para o aumento do valor das contas de energia elétrica. Ainda segundo relato dela, os comportamentos do filho têm levado a um desgaste considerável no relacionamento entre eles e no funcionamento da casa de forma geral. Sobre as responsabilidades atribuídas ao participante, ela foi questionada se algumas delas deixaram de ser exigidas e a mãe respondeu que sim. Ela deu o exemplo do comportamento dos professores na escola, que exigem menos dele ou o tratam mal. Quando falamos sobre as consequências de não participar dos COC do seu filho ela disse que sempre participa e que quando tenta não participar ele responde de forma agressiva. Sobre o comportamento agressivo dele ela disse a seguinte frase: “quando ele está em crise eu não durmo com ele. Durmo na sala trancada. Tenho medo dele me matar”. Sobre o tempo gasto pelo participante em situações em que ela não o auxilia, ela afirmou que isso acontece muito pouco, ela sempre auxilia. Ela disse que quando ele gasta muito tempo no banho e ela chama por ele, “ele demora mais e faz mais birra”.

Na terceira etapa da pesquisa foram realizadas duas entrevistas com o participante. Nessas entrevistas ele respondeu a questões que foram baseadas (assim como a entrevista da mãe) na escala de acomodação familiar (Guedes, 1997 e Calvocoressi e cols., 1995) e na Y-BOCS - Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown. (Anexos 3 e 4). Ele afirmou que a mãe sempre cria condições para que ele realize os COC e para que ele evite o contato com o estímulo aversivo. Quando foi questionado sobre a frequência disso

ele respondeu que é diariamente (exemplo: abrir o portão da rua, reassegurar⁶). Ele relatou que a mãe tem alterado a rotina dela em função dos COC, modificando suas atividades de lazer. Em relação ao esquema de trabalho alterado da mãe ele afirmou que não tem nenhuma relação com as dificuldades dele (ao contrário do que foi relatado pela mãe). Quanto às modificações no aspecto físico da casa ele falou da nova disposição de móveis para facilitar sua movimentação sem tocá-los. Sobre as responsabilidades dele ele disse que tem deixado de fazer algumas atividades da escola e que tem faltado algumas vezes. Assim como a mãe ele relatou que seus COC causam um desgaste grande no relacionamento com ela. Quando questionado sobre sua reação nos casos em que a mãe não lhe deu assistência ele disse que “fica muito nervoso”. Ele fala de um episódio no qual reagiu de forma agressiva com ela: quando ela mexeu na roupa de cama dele sem que ele soubesse. Ele afirmou ainda nessa entrevista que em situações nas quais ela não o auxilia (nas respostas “obsessivas e/ou compulsivas”) ele demora mais tempo para realiza-las.

A outra entrevista realizada nessa etapa da pesquisa baseou-se em questões propostas na Y-BOCS (Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown, Anexo 4). A pesquisadora discutiu com o participante todos os itens da escala, com a preocupação de transpor os termos utilizados para uma linguagem que ele entendesse. Na questão “preocupação excessiva com animais” no item obsessões de contaminação, ele falou do cachorro que tem em casa. Ele demonstrou bastante afeto pelo animal, embora não faça nenhum contato físico com ele (a não ser em situações em que o participante já esteja “contaminado” e “aproveita” para brincar e tocar no cão). A única “fonte de contaminação” identificada pelo participante nesse item foi a vizinha. Quando foi abordado o item

⁶ Reassegurar: resposta do participante de fazer certas perguntas para a mãe com o objetivo de obter informações a respeito da vizinha. Resposta frequente para pessoas apresentam COC.

coleccionismo/guardar objetos inúteis, ele relatou que houve uma época em que guardava papéis, mas isso não ocorre atualmente. Já no item obsessões diversas ele relatou o medo de falar o nome da vizinha ou de qualquer pessoa da família dela. Nesse mesmo item ele afirmou ficar incomodado com imagens intrusivas (quando pensava na vizinha) e com o som da voz dos vizinhos. O participante relatou (no item compulsões de limpeza/lavagem) que lava excessivamente as mãos antes de dormir, mas que essa resposta “compulsiva” já melhorou bastante (diminuiu em frequência) e que atualmente ele gasta menos tempo para realizá-la. Ele disse o mesmo em relação à escovação dos dentes. Segundo ele, a forma que encontra de evitar o contato com a vizinha e seus familiares é ligar para a mãe quando quer voltar para casa. Sobre as compulsões de verificação ele afirmou que atualmente elas não existem mais, mas que ele já teve a preocupação excessiva de verificar fechaduras, torneiras. Ele também relatou a preocupação em verificar se havia cometido erros em trabalhos escolares, gastando mais tempo que os outros alunos para realizar as tarefas exigidas. Ele ainda relatou a resposta “compulsiva” de sempre contar o número de lápis de cor na caixa; segundo ele essa também é uma resposta que ele não emite mais.

A entrevista realizada com o terapeuta do participante confirmou o relato dos participantes.

Serão apresentados a seguir os dados obtidos por meio da observação dos comportamentos do participante e de sua mãe, que constituem a quarta etapa da pesquisa.

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram o número de respostas emitidas pelo participante na presença e na ausência da mãe. Pôde-se observar que o participante emitiu durante o período observado um total de 1364 de respostas selecionadas para este estudo, distribuídas pelos três grupos de respostas (“obsessivas e/ou compulsivas”, inadequadas e adequadas). Dessas respostas, 812 (59,5%) foram emitidas na presença da mãe e 552

(40,5%) ocorreram quando ela não estava presente. Para os três grupos de respostas observou-se o predomínio de emissão de respostas na presença da mãe. Os dados apresentados na Tabela 1 mostraram ainda que no primeiro grupo (respostas “obsessivas e/ou compulsivas”) a diferença entre o número de respostas emitidas na presença (710 respostas) e na ausência da mãe (517 respostas) foi de 193 respostas, mostrando que, em relação ao número total (1227 respostas), o participante respondeu um pouco mais na presença da mãe (58% versus 42%), embora também tenha respondido bastante na ausência dela. Em relação ao grupo de respostas consideradas socialmente inadequadas os dados obtidos mostraram que em um total de 26 respostas emitidas pelo participante 22 delas ocorreram na presença da mãe (84,6%) e apenas 4 foram emitidas na ausência dela (15,4%). A Tabela 1 mostrou ainda que o participante emitiu um maior número de respostas consideradas socialmente adequadas na presença da mãe (80 respostas; 72,1%) quando comparado ao número de respostas emitidas na ausência dela (31 respostas; 27,9%).

Tabela 1: Número de respostas emitidas pelo participante (respostas “obsessivas e/ou compulsivas”, socialmente inadequadas e socialmente adequadas) na presença e na ausência da mãe.

RESPOSTAS DO FILHO/PRESENÇA E AUSÊNCIA DA MÃE	TOC	INADEQUADAS	ADEQUADAS	TOTAL
AUSENTE	517	4	31	552
PRESENTE	710	22	80	812
TOTAL	1227	26	111	1364

As respostas da mãe constituíram três tipos de consequências para as respostas emitidas pelo participante, as quais foram chamadas pela pesquisadora de contingências de atenção socialmente positiva, atenção socialmente negativa e contingências de extinção. A atenção socialmente positiva ou negativa referem-se às respostas do participante que foram seguidas por respostas da mãe (de forma contígua e/ou contingente) que serviram como estímulos reforçadores (positivos e negativos) e provavelmente mantiveram o número de respostas emitidas pelo participante. Foram consideradas contingências de extinção as respostas da mãe que possivelmente levariam a uma diminuição da frequência de respostas do participante (suspensão da atenção ou saída da mãe do ambiente em que o filho esteja presente). A Tabela 2 destacou o número de respostas emitidas pelo participante que tiveram como consequências respostas da mãe de atenção ou que possivelmente levariam à extinção.

Tabela 2: Número de respostas emitidas pelo participante (respostas “obsessivas e/ou compulsivas, socialmente inadequadas e socialmente adequadas) na presença da mãe, destacando os tipos de consequências dadas por ela.

RESPOSTAS DO FILHO/CONSEQUÊNCIAS DADAS PELA MÃE	TOC	INADEQUADAS	ADEQUADAS	TOTAL
ATENÇÃO SOCIALMENTE NEGATIVA	269	14	22	305
ATENÇÃO SOCIALMENTE POSITIVA	135	0	13	148
EXTINÇÃO	306	8	45	359
TOTAL	710	22	80	812

Em relação ao grupo de respostas “obsessivas e/ou compulsivas” observou-se por meio da Tabela 2 que, em um total de 710 respostas emitidas, 404 (57% das respostas) tiveram como consequência atenção da mãe (socialmente positiva e negativa juntas) e em 306 (43% das respostas) ela se comportou de forma a suspender a atenção em sequência ao comportamento do filho. Esta diferença entre o número de respostas conseqüenciadas por atenção (maior número) e por ausência de atenção (menor número) repetiu-se para os outros dois grupos. Das 22 respostas consideradas socialmente inadequadas, em 14 delas (64%) o participante recebeu atenção (somente negativa) e em 8 respostas (36%) a mãe respondeu de forma a extingui-las. Já para o grupo de respostas consideradas socialmente adequadas, em um total de 80 respostas emitidas pelo participante, 35 respostas (45%) foram conseqüenciadas com atenção da mãe e em 45 das observações (55%) ela comportou-se de forma a extinguir as respostas emitidas pelo filho. Pôde-se observar também na Tabela 2 que para todos os grupos a consequência “atenção socialmente negativa” dada pela mãe ocorreu em maior número do que o tipo de consequência “atenção socialmente positiva”.

A seguir serão apresentadas separadamente as tabelas que correspondem aos três grupos de respostas emitidas pelo participante: 1) Tabela 3: respostas “obsessivas e/ou compulsivas” ou outras a elas relacionadas; 2) Tabela 4: respostas consideradas socialmente inadequadas e 3) Tabela 5: respostas consideradas socialmente adequadas. No Anexo 7 estão apresentadas as descrições de todas as respostas emitidas pelos dois participantes.

É possível identificar, por meio da observação da Tabela 3, as respostas “obsessivas e ou compulsivas” e outras a elas relacionadas, bem como as respostas emitidas pela mãe que foram consideradas conseqüências para as respostas emitidas pelo filho.

Tabela 3: Relação entre o número de respostas “obsessivas e/ou compulsivas” e outras a elas relacionadas emitidas pelo participante e o número de cada categoria de respostas emitidas pela mãe que conseqüenciaram tais respostas.

RESPOSTAS DO FILHO/CONSEQUÊNCIAS DADAS PELA MÃE	BATER/ QUEBRAR	LIMP /LAV	AÇÕES P/ EVIT/REM CONT	ORDENS	PEGAR PAPEL P/ LIMPAR	PICAR/ JOGAR PAPEL	TOTAL
CONVERSAR	0	38	63	30	1	0	132
CONSELHO/INCENTIVO	1	1	1	0	0	0	3
FALAR C/ ELE	4	15	55	30	0	0	104
AUX RITUAL	0	4	85	10	0	1	100
CHORAR	1	0	1	1	0	0	3
LAVAR A MÃO	0	0	0	1	0	0	1
OBEDECER	0	1	0	61	0	0	62
RIR	0	0	1	0	0	0	1
COMER/BEBER	0	4	21	5	0	0	30
CORTAR PAPEL	0	4	0	0	0	0	4
DEITAR/DORMIR	0	0	24	0	0	0	24
LER	0	0	8	0	0	0	8
REZAR E/OU CHORAR	0	6	4	2	0	0	12
SAIR	0	16	26	11	0	1	54
SILÊNCIO/SEM SOM	4	1	69	2	0	1	77
SENTAR/LER	0	3	12	0	0	0	15
TAREFAS DE CASA	0	20	33	14	2	0	69
TOMAR REMÉDIO	0	0	2	0	0	0	2
TV/RÁDIO	0	0	9	0	0	0	9
TOTAL	10	113	414	167	3	3	710

Entre as respostas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas pelo participante três delas se destacaram pela alta frequência quando comparadas às outras respostas apresentadas pelo participante no mesmo grupo. Foram elas: as ações realizadas pelo participante como forma de evitar o contato com o estímulo aversivo (414 respostas; 58,3%), as respostas de dar ordens para a mãe (167 respostas; 23,5%) e as respostas de limpeza ou lavagem (113 respostas; 15,9%). O participante emitiu poucas respostas correspondentes às categorias bater ou quebrar (10 respostas), pegar papel para limpar (3

respostas) e picar e/ou jogar papel (3 respostas). Essas últimas categorias representaram, juntas, 2% do total de respostas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas. Pôde-se observar também que as respostas da mãe (consequências) de maior frequência foram: conversar (132 respostas; 18,5%), falar com ele (104 respostas; 14,6%), auxiliar no ritual (100 respostas; 14%), obedecer (62 respostas; 8,7%), permanecer em silêncio (77 respostas; 10,8%), realizar tarefas de casa (69 respostas; 9,7%), sair (54 respostas; 7,6%), comer ou beber (30 respostas; 4,2%). As quatro primeiras respostas destacadas anteriormente somam 398 respostas (56%) e referem-se a respostas de atenção da mãe. As quatro últimas juntas somam 230 respostas da mãe (32,3%) que levariam à extinção das respostas “obsessivas e/ou compulsivas” do participante.

A Tabela 3 mostra ainda a relação existente entre as respostas mais freqüentes do participante seguidas mais freqüentemente por respostas da mãe. As relações que se destacam são: 1) para a categoria *limpeza/lavagem* observa-se que a mãe emitiu 38 respostas de conversar; 2) para a categoria *ações para evitar ou remover o contato com o estímulo aversivo* foram emitidas pela mãe 63 respostas de conversar, 55 respostas de falar com ele, 85 respostas de auxiliar no ritual, 69 respostas em que ela permaneceu em silêncio e 33 respostas em que ela realizava tarefas de casa; 3) para a categoria *dar ordens* observa-se a emissão de 30 respostas de conversar, 30 respostas de falar com ele e 61 respostas de obedecer às ordens dadas pelo participante.

A Tabela 4 apresenta os dados obtidos relacionados às respostas do participante consideradas socialmente inadequadas. Pôde-se observar que o número total de respostas dessa categoria apresentadas pelo participante e consequenciadas pela mãe foi baixo (22 respostas; 3%) se comparado ao total de emissão de respostas obsessivas e/ou compulsivas (710 respostas; 87%).

Tabela 4: Relação entre o número de respostas consideradas socialmente inadequadas emitidas pelo participante e o número de respostas emitidas pela mãe que consequenciaram tais respostas.

RESPOSTAS DO FILHO/CONSEQUÊNCIAS DADAS PELA MÃE	AMEAÇ /PROV	BAL/JOG GARRAF BRINC	ESC ATRÁS PORT/OLHAR FECH	ESC EXT TEL	PEDIR COMP	TOTAL
FALAR C/ ELE	3	1	0	5	5	14
REZAR E/OU CHORAR	0	0	2	0	0	2
DEITAR/DORMIR	0	2	0	0	0	2
LER	0	0	0	0	1	1
SILÊNCIO/SEM SOM	1	0	0	0	0	1
SAIR	2	0	0	0	0	2
TOTAL	6	3	2	5	6	22

Relação semelhante aconteceu com o comportamento considerado socialmente adequado apresentado pelo participante. Conforme pode ser visto na Tabela 5, a quantidade de respostas socialmente adequadas emitidas e consequenciadas pela mãe alcançou um total de 80 respostas (10%). Frequência também considerada baixa quando comparada ao comportamento obsessivo-compulsivo (710 respostas; 87%), porém maior que o número de respostas consideradas socialmente inadequadas (22 respostas; 3%).

De acordo com a Tabela 5, as respostas consideradas socialmente adequadas que mais se destacaram pela alta frequência foram: banho de asseio (44 respostas), olhar em direção a mãe (17 respostas) e leitura (10 respostas).

Pode-se observar ainda na Tabela 5 que as respostas emitidas pela mãe de falar com ele (22 respostas), conversar (13 repostas), comer ou beber (12 respostas) e de realizar tarefas de casa (13 respostas) foram as de maior frequência. Entre as respostas de menor frequência destacam-se: 4 respostas de oferecer comida ou bebida para a mãe, 2 respostas

de rezar, 2 respostas de tocar na mãe e 1 respostas de perguntar para a mãe sobre o tempo gasto no banho (respostas emitidas pelo participante). As respostas da mãe de menor frequência foram: ler (1 resposta), assistir televisão ou ouvir rádio (2 respostas), ficar em silêncio (3 respostas). Essas respostas de menor frequência emitidas pela mãe são todas consideradas respostas que levariam á extinção das respostas consideradas socialmente adequadas emitidas pelo participante.

Tabela 5: Relação entre o número de respostas consideradas socialmente adequadas emitidas pelo participante e o número de respostas emitidas pela mãe que consequenciaram tais respostas.

RESPOSTAS DO FILHO/CONSEQUÊNCIAS DADAS PELA MÃE	BANH ASSEIO	LER	OFER COM/BEB P/ MÃE	OLHAR MÃE	PERG TEMPO BANHO	REZAR	TOCAR NA MÃE	TOTAL
CONVERSAR	3	3	1	6	0	0	0	13
FALAR C/ ELE	18	0	0	3	1	0	0	22
REZAR E/OU CHORAR	3	0	0	1	0	2	0	6
COMER/BEVER	6	2	3	1	0	0	0	12
DEITAR/DORMIR	2	0	0	1	0	0	1	4
LER	0	1	0	0	0	0	0	1
SAIR	0	2	0	2	0	0	0	4
SILÊNCIO/SEM SOM	0		0	3	0	0	0	3
TAREFAS DE CASA	10	2	0	0	0	0	1	13
TV/RÁDIO	2	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	44	10	4	17	1	2	2	80

Os dados apresentados nas Tabelas 3 e 5 mostraram que a mãe conversou bastante com o participante. A Tabela 3 mostra que o número total do conversar emitido pela mãe foi de 132 respostas em relação às respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas”

emitidas pelo participante. Em ocasião das respostas relacionadas à realização de ações para evitar ou remover o contato com o estímulo aversivo a mãe emitiu 63 respostas de conversar. A Tabela 3 ainda mostrou que em ocasião das respostas de limpeza ou lavagem emitidas pelo participante a mãe conversou com ele 38 vezes e enquanto o participante dava ordens para a mãe ela emitiu 30 respostas de conversar com ele.

Da mesma forma como aconteceu no grupo de respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” (Tabela 3), o conversar da mãe em relação às respostas consideradas socialmente adequadas (Tabela 5) também foi incluído entre as respostas de maior frequência. Em um total de 13 respostas, o conversar da mãe aconteceu em ocasião das seguintes respostas emitidas pelo participante: 6 respostas em ocasião do olhar em direção à mãe, 3 respostas enquanto ele tomava banho de asseio, 3 respostas enquanto ele lia e 1 resposta enquanto ele emitia a resposta de oferecer comida ou bebida para a mãe.

Por meio da observação das imagens e sons foi possível identificar o tema das conversas realizadas pelos participantes. Os principais temas estão apresentados na Tabela 6:

Conforme pode ser visto na Tabela 6 o número de conversas cujos temas foram assuntos gerais foi grande (200 ocasiões, correspondendo a 86%). Os assuntos gerais ocorreram principalmente nos momentos em que o participante estava realizando ações para evitar ou remover o contato com o estímulo aversivo, enquanto emitia respostas de limpeza ou lavagem e também em situações em que o participante estava na cozinha preparando comida ou comendo. A Tabela 6 destaca ainda conversas cujos temas estavam relacionados com o oferecimento de comida ao participante (10 ocorrências, correspondendo a 4,3%) e também temas relacionados à medicação e efeitos colaterais,

psiquiatra e/ou psicólogo e possibilidade de internação (8 ocorrências, correspondendo a 3,4%). Os outros temas tiveram menor ocorrência (Tabela 6).

Tabela 6: Assuntos das conversas realizadas pelos participantes:

ASSUNTO DAS CONVERSAS	TOTAL
Assuntos gerais ⁷ conversados em ocasião da realização de ações p/ evitar ou remover o contato com estímulo aversivo, de limpeza/lavagem ou de estar na cozinha comendo ou preparando comida	200
Estados corporais dele após briga	1
Quantidade de comida que ele ingere	3
Oferecimento de comida pela mãe	10
Tratamento (medicação, efeitos colaterais, psiquiatra, internação, psicólogo)	8
“Nojo” das pessoas	1
Preparação /importância da crisma (mãe e tia)	5
Brigas anteriores/ explicações sobre a briga	4
Roupas jogadas no chão (cozinha)	1
TOTAL	233

Foi realizado um teste de concordância entre observadores. Um observador registrou 112 minutos do total registrado pela pesquisadora. A concordância encontrada foi de 93,7%.

⁷ São exemplos de conversas nas quais eles falavam de assuntos gerais: emprego, TOC do Roberto Carlos, comida, programa de televisão, reposição das aulas de computação dele, coisas que ela pretende fazer no dia seguinte, volume alto da televisão, dinheiro ou cartão (ônibus, telefone, crédito), troca do telefone recentemente comprado que ele diz que foi contaminado, doença de amigo próximo, o clima (sombriinha, agasalho), ligações a cobrar, aniversário e presente dela, pedido para que ele benza a água enquanto ela estiver fora de casa, fumaça provocada pela comida queimada, horários de consultas médicas e psicológicas, escola e material escolar, entrega de atestados na escola/informática, sapatos e roupas dele, câmeras, possível reforma da casa, a possibilidade de comprar um computador novo.

Discussão:

O presente estudo foi uma tentativa de descrever comportamentalmente uma dificuldade presente na vida de algumas pessoas, que a psiquiatria clássica classifica de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Levou-se em consideração para a realização desse trabalho o que a literatura analítica comportamental afirma sobre o comportamento humano: o COC, assim como todos os outros comportamentos, é controlado por variáveis ambientais em interação com o organismo. Essa afirmação está de acordo com o que propuseram Skinner (1979), Sidman (1989), Cavalcante (1997), Vermes e Zamignani (2003), entre outros.

Foi possível, por meio da realização das entrevistas e da observação dos comportamentos dos participantes, acessar dados importantes referentes à parte da história de vida deles. O relato dos participantes nas entrevistas foi o primeiro passo para se iniciar o levantamento de variáveis que possivelmente foram responsáveis pela ocorrência de comportamentos obsessivo-compulsivos do participante no passado e que podem, em um momento mais recente (até a época da coleta de dados), estarem mantendo esses comportamentos. A observação direta dos comportamentos dos participantes possibilitou a confirmação dos dados obtidos nas entrevistas e também proporcionou o acesso a outras formas de controle do COC.

Os dois participantes (mãe e filho) relataram em momentos das entrevistas que uma das conseqüências geradas pelos COC foi que o relacionamento entre eles foi prejudicado. Segundo os relatos houve um afastamento físico do participante em relação à mãe. No entanto, conforme aponta a Tabela 1 o COC proporciona a esmagadora maioria dos

contatos entre mãe e filho (87,4% dos contatos entre eles se dá em consequência a COC). Conforme pôde ser observado por meio das imagens, o participante também não aceitava a presença do pai. Da mesma forma, Calvocoressi e cols. (1995) relacionaram a acomodação familiar (participação da família nas respostas “obsessivas e/ou compulsivas” e em modificações na rotina) com o “estresse familiar, com o funcionamento prejudicado da família e com atitudes de rejeição da família em direção ao paciente”. Segundo esse autor, contingências de punição tanto positiva quanto negativa podem estar envolvidas nas relações familiares. Este dado pode ser encontrado na Tabela 2, na qual grande parte das respostas do participante, fossem elas de COC, inadequadas ou adequadas, foram consequenciadas por atenção socialmente negativa da mãe.

Os dados obtidos por meio das entrevistas mostraram que o processo de acomodação familiar, descrito e analisado por Calvocoressi e cols. (1995) e por Guedes (1997) também pôde ser identificado nessa família. A participação diária da mãe nos COC pôde ser identificada por meio dos relatos dos participantes e pela Tabela 3. Como exemplo, os participantes relataram que as respostas “obsessivas e/ou compulsivas” eram emitidas apenas dentro de casa (eventualmente ocorriam no trabalho e na escola; no entanto, não eram emitidas pelo participante, por exemplo, nas casas da tia ou da avó), e que a mãe colaborava com o COC do filho de várias formas (atendendo a todas as exigências dele, respondendo a todas as perguntas que ele fazia relacionadas ao estímulo aversivo, providenciando atestados para reposição de aulas e poucas vezes se negando a auxiliá-lo). Além desses dados que mostraram a participação da mãe, outros dados apontaram a existência de mudanças ocorridas nos comportamentos dos participantes e no ambiente físico da casa devido ao COC. Algumas dessas mudanças foram: a mãe parou de trabalhar, o participante deixou de realizar algumas tarefas que faziam partes das

obrigações dele (em algumas delas a mãe passou a fazer por ele), houve uma piora no desempenho escolar e aumento do número de faltas, alguns móveis da casa foram retirados e outros foram mudados de posição, o participante passou a fazer algumas coisas de forma mais lenta, o participante (e também a mãe quando ele exigia dela) passou a fazer caminhos alternativos para chegar em casa, houve um aumento nos valores das contas de telefone (a maioria das ligações eram feitas a cobrar) e da conta de energia (em função dos longos banhos), ambos relatam que o participante passou a se comportar de forma mais agressiva principalmente em situações nas quais ele não conseguia evitar o contato com o estímulo aversivo, a mãe relatou que também passou a emitir algumas respostas “compulsivas” relacionadas com a limpeza e lavagem excessiva de roupas e alimentos. Esses dados puderam ser confirmados pela observação, conforme apontado na Tabela 3. Nela observa-se um grande número de auxílio da mãe para os rituais de ações para evitar ou remover contágio, mescladas com respostas da mãe que poderiam levar à extinção. Essa “mescla” poderia levar ao reforçamento intermitente e a subsequente resistência à extinção desse tipo de comportamento conforme apontado por Guedes (1997). No entanto, para uma descrição mais definitiva, seria necessário demonstrar que os possíveis reforços por atenção e/ou ajuda foram mesclados no tempo com respostas da mãe que pudessem levar à extinção, o que não foi possível realizar neste trabalho.

As entrevistas realizadas com os participantes também permitiram o levantamento de alguns dados que não puderam ser observados pela ausência de câmera em alguns locais. Por exemplo, os participantes relataram que as respostas “obsessivas e/ou compulsivas” não eram emitidas nas casas dos parentes. Além disso, ao contrário do que acontecia em relação à escola, o desempenho dele no curso de informática era muito bom.

Os dados obtidos por meio das entrevistas mostraram ainda que a mãe, diante do COC do filho, emitiu um padrão de respostas considerado de fuga e esquiva (ela sempre obedecia às exigências dele ou inventava alguma mentira, como, por exemplo, dizer para ele, por telefone, que tinha saído pra olhar se a vizinha estava na rua, sendo que na verdade ela permanecia sentada no sofá, e ele acreditava que ela estava lá fora). A Tabela 3 mostrou, por exemplo, que as ordens do participante foram seguidas 61 vezes pelo obediência da mãe. Dado semelhante foi encontrado por Guedes (1997). Segundo essa autora o relato das famílias analisadas por ela era indicativo de que seus comportamentos eram controlados por esse tipo de contingência (fuga e esquiva) e também por consequências imediatas, muitas vezes reforçando o comportamento do “paciente” de forma inconsistente.

Outra semelhança encontrada entre os resultados obtidos nas entrevistas realizadas nesse estudo e os dados apresentados por Guedes (1997) refere-se ao desgaste e sofrimento familiar relacionados ao pobre desempenho social e profissional do participante. Além disso, a Tabela 5 mostra que as respostas socialmente adequadas do participante foram muito raramente consequenciadas por atenção de sua mãe (menos da metade das vezes em que foram emitidas: 35 vezes em 80 emissões).

A observação direta dos comportamentos dos participantes mostrou que a presença mãe tem uma função importante na manutenção de respostas “obsessivas e/ou compulsivas” e também no controle das respostas consideradas socialmente inadequadas emitidas pelo participante. Esta afirmação pode ser feita com base na quantidade dessas respostas emitidas na presença e na ausência da mãe (Tabela 1). Embora a diferença entre o número de respostas consideradas “obsessivas e/ou compulsivas” emitidas na presença e na ausência da mãe tenha sido relativamente pequena (58% versus 42%), pôde-se observar que

a frequência de emissão dessas respostas foi alto (1227 respostas), bem superior ao total de respostas emitidas nos outros dois grupos (26 inadequadas socialmente e 111 adequadas socialmente). Além disso, mesmo o sujeito emitindo mais respostas consideradas socialmente adequadas na presença da mãe do que na ausência dela (80 versus 31 respostas), o número dessas respostas foi baixo (111 respostas do total observado em 22 dias de coleta; 8,1%). Dessa forma, pode-se afirmar que a presença da mãe pode funcionar como estímulo reforçador que controla a emissão das repostas (“obsessivas e/ou compulsivas”, socialmente inadequadas e socialmente adequadas) do participante, embora não sejam estritamente necessárias para que os “rituais” ocorram.

Os dados indicaram ainda que o maior número de respostas emitidas pela mãe consequenciando as respostas do filho foi disponibilizado na forma de atenção para os grupos de respostas “obsessivas e/ou compulsivas” e socialmente inadequadas. Os dados mostraram que, para o grupo de respostas consideradas socialmente adequadas emitidas pelo filho, a mãe comportou-se de forma suspender a atenção, provavelmente diminuindo a possibilidade de emissão dessas respostas. Deve-se levar em consideração que dois trabalhos ao menos relatados na literatura apontam para a importância de reforçar respostas incompatíveis com os rituais para que estes diminuam em frequência. O trabalho de Queirós, Motta, Madi, Sossai, Boren (1981) já teria demonstrado o quanto esse tipo de procedimento era capaz de mudar o padrão obsessivo-compulsivo de um cliente. O mesmo foi relatado por Banaco (1997) em um relato de caso clínico que envolvia COC. Pode-se supor com base nestas informações que talvez a combinação de reforçamento por atenção para os COC (ainda que com atenção socialmente negativa) com a ausência de atenção para respostas socialmente adequadas possa ser um fator importante nas contingências complexas apontadas por Banaco e Zamignani (2004).

Esses dados reafirmam o que foi dito anteriormente em relação ao papel exercido pela mãe (de reforçar os COC e as respostas consideradas socialmente inadequadas do filho e de responder de forma a suspender a atenção dada por ela diante da emissão de respostas adequadas). Tais dados assemelham-se aos resultados apresentados nos estudos de Calvocoressi e cols. (1995) e Guedes (1997) e reafirmados no artigo de Vermes e Zamignani (2003). Todos esses autores destacam a possibilidade da família funcionar como uma contingência de reforçamento social positivo ou de reforçamento negativo, estando, portanto, diretamente relacionada com a manutenção do comportamento obsessivo-compulsivo.

Por fim, se for verdadeiro que as conversas da mãe poderiam ser um tipo de atenção reforçadora, pode-se dizer com base na Tabela 6 que os temas das conversas não se mostraram importantes. Pode-se notar nessa tabela que a quase totalidade das conversas da mãe com o participante tinham como tema assuntos quaisquer que não os ligados diretamente ao seu problema de comportamento (200 episódios em 233 observados).

Conclusão:

Este trabalho teve como meta agregar um conhecimento mais objetivo sobre a função mantenedora da família em comportamentos obsessivo-compulsivos. Os resultados aqui obtidos demonstraram claramente que, assim como já apontado por Calvocoressi e cols (1995) e por Guedes (1997) em estudos que levaram em consideração apenas os relatos verbais de seus participantes, a “acomodação familiar”, conforme descrita na literatura, tem um papel importante na manutenção do problema. No entanto, esse papel não deve ser o único a ser levado em consideração. Os dados de observação aqui obtidos demonstraram nitidamente que:

- 1) Grande parte dos comportamentos obsessivo-compulsivos do participante foram emitidos dentro de casa, sem a presença da mãe, o que sugere que outras variáveis estão controlando esse comportamento.
- 2) A família (no caso deste estudo, a mãe) está consequenciando pobremente os outros comportamentos – notadamente os socialmente adequados – que poderiam competir com os COCs.

Este estudo demonstrou com isso, que muitos outros estudos devem ser realizados para o entendimento e manipulação de um comportamento tão complexo quanto o COC. Demonstrou também que a observação direta dos comportamentos-alvo pode revelar alguns controles relevantes.

Embora tenha se debruçado sobre o estudo de um caso único, o presente trabalho, que demonstra tantos pontos em comum com outros que levam em consideração apenas o relato verbal de familiares e “pacientes” (os dados de entrevista são basicamente os

mesmos observados nessa literatura), pode indicar com bastante segurança outras formas de controle de comportamento a serem investigadas.

Referências Bibliográficas:

- Associação Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. Em D. R. Zamignani (org.), Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos (p. 80-88). Santo André: Arbytes.
- Banaco, R. A. e Zamignani, D. R. (2004). An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. Em T. C. C. Grassi (org.) Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview. Santo André: ESETec.
- Calvocoressi, L.; Lewis, B.; Harris, M.; Trfan, S.; Goodman, W.; McDuogle, C. & Price, L. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American journal of Psychiatry*, 152 (3), 441-443.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17 (2), 2-12.
- Goodman, W. K.; Price, L.H. & Rasmussen, S. A. (1990). The yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). *Archieves of General Psychiatry*, 47, 458-487
- Guedes, M. L. (1997). *Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Sidman, M. (1989). *Coerção e suas implicações*. (trad. Maria Amália Andery e Tereza Maria Sério). São Paulo: Psy II.
- Skinner, B. F. (1979). O que é comportamento psicótico? (E. D. V. Vianna, E. Nick, L. Peotta e M. G. R. Maron, trad.) T. Millon (org.), *Teorias da psicopatologia e personalidade: ensaios e críticas*. (pp. 188 a 203). Rio de Janeiro: Interamericana. (trabalho original publicado em 1973).
- Sturmey, P. (1996). Functional Analysis in clinical psychology. Chichester: John & Sons.
- Vermes, J. S. (2002). *Uma proposta para estudo de algumas relações funcionais envolvidas nos comportamentos obsessivo-compulsivos a partir da análise de casos únicos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Vermes, J. S. & Zamignani, D. R. (2003). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2).

ANEXOS

APÊNDICES

ANEXO 1

Entrevista inicial com a mãe

Entrevista inicial com a mãe:

1. Como é seu relacionamento com seu filho?
2. Ele tem irmãos?
3. Como é o relacionamento entre seu filho e o pai dele?
4. Além de vocês dois existe mais alguma pessoa que mora na sua casa?
5. Alguma pessoa costuma ir à sua casa freqüentemente?
6. Como é seu relacionamento com seus vizinhos?
7. Seu filho namora, tem amigos? Eles freqüentam a casa?
8. Como é o relacionamento dele com os vizinhos?
9. Há quanto tempo surgiu o problema do TOC no seu filho?
10. Como foi, houve algum episódio marcante?
11. Como são os rituais do seu filho?
12. Existe alguma atividade do dia a dia que ele demora mais tempo que o necessário para realizar?
13. Descreva detalhadamente como seu filho realiza esses rituais.
14. Existe algum local ou situação especial em que esses rituais acontecem mais?
15. O que você faz quando seu filho realiza os rituais? Descreva detalhadamente.
16. O TOC mudou alguma coisa na rotina de seu filho?
17. Ele deixou de fazer alguma coisa, de realizar alguma atividade por causa do TOC?
18. Quantas horas por dia ele fica em casa durante a semana?
19. Quantas horas por dia ele fica em casa nos fins de semana?
20. A senhora participa dos rituais de alguma forma? Descreva detalhadamente como isso acontece.
21. A senhora mudou sua rotina por causa do TOC? De que forma?
22. E a rotina da casa de modo geral, sofreu alguma alteração? De que tipo?

ANEXO 2

Escala de Acomodação Familiar (Guedes, 1997):
Segunda entrevista com a mãe

Entrevista com a mãe baseada na Escala de Acomodação Familiar (Guedes, 1997):

Participação em comportamentos relacionados aos sintomas durante o mês passado:

1

a- Com que frequência você tornou possível os comportamentos compulsivos do paciente, dando condições para a realização destes comportamentos?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

2

a- Com que frequência você participou de comportamentos compulsivos do paciente?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

c- Com que frequência você reassegurou (respondeu as perguntas do paciente de forma a tranquilizá-lo) o paciente?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

d- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

Em síntese: a participação nos rituais ocorre atualmente (registrar o maior índice entre os itens a e c)

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

Em síntese: a participação nos rituais ocorria antes (registrar o maior índice entre os itens b e d)

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

3

a- Com que frequência você auxiliou o paciente a evitar as coisas que poderiam deixá-lo mais ansioso?

☐ Nunca ☐ 1 a 3/mês ☐ 1 a 2/sem. ☐ 3 a 6/sem. ☐ Diariamente.

b- Como era antes?

☐ Nenhuma ☐ Baixa ☐ Moderada ☐ Alta ☐ Muito Alta

4

a- Você evitou fazer coisas, ir a lugares ou estar com pessoas por causa do transtorno obsessivo-compulsivo do paciente?

☐ Nunca ☐ 1 a 3/mês ☐ 1 a 2/sem. ☐ 3 a 6/sem. ☐ Diariamente.

b- Como era antes?

☐ Nenhuma ☐ Baixa ☐ Moderada ☐ Alta ☐ Muito Alta

Modificações na organização da família durante o último mês:

5

a- Você modificou sua rotina familiar por causa dos comportamentos obsessivos compulsivos do paciente?

☐ Nunca ☐ Poucas Vezes ☐ Moderadamente ☐ Muitas Vezes ☐ Sempre

b- Como era antes?

☐ Nunca ☐ Poucas Vezes ☐ Moderadamente ☐ Muitas Vezes ☐ Sempre

6

a- Você teve que fazer coisas para a família que, usualmente, são de responsabilidade do paciente?

☐ Nunca ☐ Poucas Vezes ☐ Moderadamente ☐ Muitas Vezes ☐ Sempre

b- Como era antes?

☐ Nunca ☐ Poucas Vezes ☐ Moderadamente ☐ Muitas Vezes ☐ Sempre

7

a- Você modificou seu esquema de trabalho por causa das necessidades do paciente?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

b- Como era antes?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

8

a- Você modificou suas atividades de lazer por causa das necessidades do paciente?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

b- Como era antes?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

Modificações duradouras na organização da família:

9- Houve alguma modificação no aspecto físico da sua casa (do lugar onde você mora) por causa dos comportamentos do paciente? Se sim, quais? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

10- Você diria que algum hábito da família – com relação às refeições, à alimentação, à higiene, à organização – foi mudado por causa dos comportamentos do paciente? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

11- Você diria que algum hábito de lazer ou de trabalho foi alterado por causa dos comportamentos do paciente? Se sim, quais? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

12- Você diria que há responsabilidades que não foram ou que deixaram de ser atribuídas ao paciente por causa de seus comportamentos? Se sim, quais? Quanto você diria que isto mudou a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

Desgaste da família:

13

a- Nas questões anteriores você falou de coisas que você e sua família fazem por causa dos comportamentos obsessivos e compulsivos do paciente. Fazer estas coisas causa desgaste para você e sua família? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

b- Há outros aspectos relacionados ao paciente que são fonte de desgaste? Quais? Qual é o grau desse desgaste?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

Consequências de não participar dos comportamentos relacionados ao sintoma do paciente:

14- O paciente ficou perturbado/nervoso quando você não lhe deu assistência? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

15- O paciente ficou bravo/agressivo quando você não lhe deu assistência? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

16- O paciente passou mais tempo realizando os comportamentos compulsivos quando você não lhe deu assistência? Quanto mais?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

ANEXO 3

Escala de Acomodação Familiar (Guedes, 1997):
Entrevista com o participante

Entrevista com o participante baseada na Escala de Acomodação Familiar (Guedes, 1997):

Participação em comportamentos relacionados aos sintomas durante o mês passado:

1

a- Com que frequência sua mãe tornou possível seus comportamentos compulsivos, dando condições para a realização destes comportamentos?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

2

a- Com que frequência sua mãe participou dos seus comportamentos compulsivos?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

c- Com que frequência sua mãe reassegurou (respondeu às suas perguntas de forma a tranquilizá-lo) você?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

d- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

Em síntese: a participação nos rituais ocorre atualmente (registrar o maior índice entre os itens a e c)

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

Em síntese: a participação nos rituais ocorria antes (registrar o maior índice entre os itens b e d)

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

3

a- Com que frequência sua mãe o auxiliou a evitar as coisas que poderiam deixá-lo mais ansioso?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

4

a- Sua mãe evitou fazer coisas, ir a lugares ou estar com pessoas por causa do seu transtorno obsessivo-compulsivo?

() Nunca () 1 a 3/mês () 1 a 2/sem. () 3 a 6/sem. () Diariamente.

b- Como era antes?

() Nenhuma () Baixa () Moderada () Alta () Muito Alta

Modificações na organização da família durante o último mês:

5

a- A rotina da sua família foi modificada por causa dos seus comportamentos obsessivos compulsivos?

() Nunca () Poucas Vezes () Moderadamente () Muitas Vezes () Sempre

b- Como era antes?

() Nunca () Poucas Vezes () Moderadamente () Muitas Vezes () Sempre

6

a- Sua mãe teve que fazer coisas para a família que, usualmente, são de responsabilidade sua?

() Nunca () Poucas Vezes () Moderadamente () Muitas Vezes () Sempre

b- Como era antes?

() Nunca () Poucas Vezes () Moderadamente () Muitas Vezes () Sempre

7

a- Sua mãe modificou o esquema de trabalho dela por causa das suas necessidades?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

b- Como era antes?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

8

a- Sua mãe modificou as atividades de lazer dela por causa das suas necessidades?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

b- Como era antes?

☐)Nunca ☐)Poucas Vezes ☐)Moderadam. ☐)Muitas Vezes ☐)Sempre

Modificações duradouras na organização da família:

9- Houve alguma modificação no aspecto físico da sua casa (do lugar onde você mora) por causa dos seus comportamentos? Se sim, quais? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

10- Você diria que algum hábito da família – com relação às refeições, à alimentação, à higiene, à organização – foi mudado por causa dos seus comportamentos? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

11- Você diria que algum hábito de lazer ou de trabalho da sua família foi alterado por causa dos seus comportamentos? Se sim, quais? Quanto você diria que estas alterações mudaram a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

12- Você diria que há responsabilidades que não foram ou que deixaram de ser atribuídas a você por causa de seus comportamentos? Se sim, quais? Quanto você diria que isto mudou a vida da família?

☐)Nada ☐)Pouco ☐)Moderadamente ☐)Muito ☐)Muitíssimo

Desgaste da família:

13

a- Nas questões anteriores você falou de coisas que você e sua família fazem por causa dos seus comportamentos obsessivos e compulsivos. Fazer estas coisas causa desgaste para você e sua família? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

b- Há outros aspectos relacionados a você que são fonte de desgaste? Quais? Qual é o grau desse desgaste?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

Consequências de não participar dos comportamentos relacionados ao sintoma do paciente:

14- Você ficou perturbado/nervoso quando sua mãe não lhe deu assistência? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

15- Você ficou bravo/agressivo quando sua mãe não lhe deu assistência? Em que grau?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

16- Você passou mais tempo realizando os comportamentos compulsivos quando sua mãe não lhe deu assistência? Quanto mais?

() Nada () Pouco () Moderado () Grave () Extremo

ANEXO 4

Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-
Brown: Y-BOCS

Escala de Sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS):

Nome: _____ Data: ____/____/____

Lista de sintomas Y-BOCS

Avalie todos os itens e assinale os sintomas principais com um P. O entrevistador deve certificar-se de que os sintomas relatados são sintomas genuínos de TOC, e não sintomas de outros distúrbios, como Fobia Simples ou Hipocondria. Os itens assinalados com um asterisco (*) podem ou não ser fenômenos de TOC.

Obsessões de agressão

Atual	Passada	
-------	---------	--

- | | | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Medo de se ferir |
| ___ | ___ | Medo de ferir os outros |
| ___ | ___ | Imaginar cenas violentas ou horrendas |
| ___ | ___ | Medo de dizer involuntariamente obscenidades ou insultos |
| ___ | ___ | Medo de fazer algo que cause embaraço * |
| ___ | ___ | Medo de executar involuntariamente impulsos (ex.: apunhalar um amigo) |
| ___ | ___ | Medo de roubar ou furtar |
| ___ | ___ | Medo de ferir os outros, por não ter sido suficientemente cuidadoso (ex.: bater/atropelar alguém, sem notar) |
| ___ | ___ | Medo de ser responsável por algo de terrível que aconteça (ex.: incêndio, assalto) |
| ___ | ___ | Outra_____ |

Obsessões de contaminação

- | | | |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Preocupação ou nojo com excremento ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva) |
| ___ | ___ | Preocupação com sujeira ou micróbios |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, asbestos, radiações) |

___ ___ Preocupação excessiva com artigos domésticos (ex.: detergentes, solventes)

___ ___ Preocupação excessiva com animais (ex.: insetos)

___ ___ Incomodado com substâncias viscosos ou resíduos

___ ___ Preocupação em ficar doente por contaminação

___ ___ Preocupação em provocar doenças nos outros e por espalhar substâncias causadoras de contaminação (agressão)

___ ___ Nenhuma outra preocupação além do sentimento de estar contaminado

___ ___ Outra _____

Obsessões sexuais

___ ___ Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos

___ ___ Temas sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto

___ ___ Temas sobre homossexualidade*

___ ___ Comportamento sexual em relação aos outros (agressão)

___ ___ Outra _____

Colecionismo/guardar objetos inúteis

(Distinguir de hobbies e da preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário)

___ ___ _____

Obsessões religiosas

___ ___ Preocupação com sacrilégios e blasfêmias

___ ___ Preocupação excessiva com o certo/errado e a moralidade

___ ___ Outra _____

Obsessões com necessidade de simetria ou de exatidão

___ ___ Acompanhadas de pensamento mágico (ex.: preocupação com que a mãe possa vir a ter um acidente, se determinados objetos não forem colocados nos lugares certos)

___ ___ Não acompanhadas de pensamento mágico

Obsessões diversas

- ___ ___ Necessidade de saber ou recordar
- ___ ___ Medo de dizer determinadas coisas
- ___ ___ Medo de não dizer exatamente o correto
- ___ ___ Medo de perder coisas
- ___ ___ Imagens intrusivas (não-violentas)
- ___ ___ Sons intrusivos sem sentido, palavras ou música
- ___ ___ Incomodado por certos sons/ruídos
- ___ ___ Números de sorte/azar
- ___ ___ Cores com significado especial
- ___ ___ Medos supersticiosos
- ___ ___ Outra _____

Obsessões somáticas

- ___ ___ Preocupação com doença ou enfermidade*
- ___ ___ Preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física (ex.: dismorfofobia)
- ___ ___ Outra _____

Compulsões de limpeza/lavagem

- ___ ___ Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
- ___ ___ Ducha, banho, escovação de dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal ritualizadas ou excessivas
- ___ ___ Limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados
- ___ ___ Outras medidas para prevenir ou remover o contato com substâncias que podem causar contaminação
- ___ ___ Outra _____

Compulsões de verificação

- ___ ___ Verificar fechaduras, fogão, utensílios domésticos e outros
- ___ ___ Verificar se não feriu ou não vai ferir outros

- | | | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Verificar se não feriu ou não vai ferir a si próprio |
| ___ | ___ | Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer |
| ___ | ___ | Verificar se não cometeu erros |
| ___ | ___ | Verificações ligadas a obsessões somáticas |
| ___ | ___ | Outra _____ |

Rituais de repetição

- | | | |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Rer ler ou reescrever várias vezes |
| ___ | ___ | Necessidade de repetir atividades rotineiras (ex.: entrar/sair de casa várias vezes; sentar-se/levantar-se várias vezes de uma cadeira) |
| ___ | ___ | Outra _____ |

Compulsões de contagem

___ ___ _____

Compulsões de ordenação/arranjo

___ ___ _____

Compulsões de colecionismo/acumular objetos

Distinguir hobbies e da preocupação com objetos de valor monetário ou sentimental (ex.: lê cuidadosamente cartas sem valor, acumula jornais velhos, pequenos utensílios domésticos, coleciona objetos sem utilidade)

___ ___ _____

Compulsões diversas

- | | | |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Rituais mentais (exceto verificar/contar) |
| ___ | ___ | Efetuar listas excessivas |
| ___ | ___ | Necessidade de falar, perguntar ou confessar |
| ___ | ___ | Necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas* |
| ___ | ___ | Rituais envolvendo piscar os olhos ou olhar fixamente |
| ___ | ___ | Medidas de modo a prevenir (não são verificações) ferir-se ___; ferir outros ___; consequências terríveis |

- | | | |
|---|---|--|
| — | — | Comportamento ritualizado ao comer |
| — | — | Comportamentos supersticiosos |
| — | — | Tricotilomania |
| — | — | Outros comportamentos de automutilação e auto-agressão |
| — | — | Outra_____ |

Lista de sintomas-alvo

Obsessões:

1. _____

2. _____

3. _____

Compulsões:

1. _____

2. _____

3. _____

Esquiva:

1. _____

2. _____

3. _____

Escala de Sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS):

“Agora, vou fazer-lhe diversas perguntas sobre seus pensamentos obsessivos.” (Faça uma referência específica às obsessões-alvo do paciente.)

1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos

0 = **Nenhum**

1 = **Leve**

2 = **Moderado**

3 = **Grave**

4 = **Muito Grave**

✓ Quanto do seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

✓ Com que frequência ocorrem os pensamentos obsessivos?

1.a. Intervalo livre de obsessões

(não incluir no escore total)

0 = Sem obsessões

1 = Período longo livre de obsessões: mais de 8 horas/dia consecutivas sem sintomas

2 = Período moderadamente longo livre de obsessões: 3 a 8 horas/dia consecutivas sem sintomas

3 = Breve período livre de obsessões: de 1 a 3 horas/dia consecutivas sem sintomas

4 = Período extremamente curto livre de obsessões: menos de 1 hora/dia consecutiva sem sintomas

✓ Em média, qual é o maior período consecutivo horas/dia, quando está acordado, em que está completamente livre de pensamentos obsessivos?

✓ Qual é o maior período de tempo em que os pensamentos estão ausentes?

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

0 = **Nenhuma**

1 = **Alguma**: leve interferência nas atividades sociais e ocupacionais, mas o desempenho total não é deteriorado

2 = **Moderada**: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 = **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 = **Muito grave:** incapacitante

✓ Até que ponto os seus pensamentos obsessivos interferem com a sua vida social ou profissional?

✓ Existe alguma coisa que você não faz por causa das obsessões?

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

0 = **Nenhuma**

1 = **Leve:** não muito perturbadora

2 = **Moderada:** perturbadora, mas ainda controlável

3 = **Grave:** muito perturbadora

4 = **Muito grave:** incapacitante

✓ Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?

4. Resistência às obsessões

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 = Tenta resistir na maior parte das vezes

2 = Faz algum esforço para resistir

3 = Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância

4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

✓ Até que ponto se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos?

✓ Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos, quando eles entram na sua mente?

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

0 = **Controle total**

1 = **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões, com algum esforço e concentração

2 = **Controle moderado:** algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões

3 = **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade

4 = **Nenhum controle:** obsessões experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar os seus pensamentos obsessivos

✓ Até que ponto consegue controlar os seus pensamentos obsessivos?

✓ É, habitualmente, bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

“As perguntas seguintes são sobre seus comportamentos compulsivos.” (Faça referência específica às compulsões-alvo do paciente.)

6. Tempo gasto em comportamentos compulsivos

0 = **Nenhum**

1 = **Leve:** (passa menos de 1 hora/dia fazendo compulsões), ou execução ocasional de comportamentos compulsivos

2 = **Moderado:** (passa 1 a 3 horas/dia fazendo compulsões), ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 = **Grave:** (passa 3 a 8 horas/dia fazendo compulsões), ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 = **Muito grave:** (passa mais de 8 horas/dia fazendo compulsões), ou execução quase constante de comportamentos compulsivos (demasiado numerosos para serem contados)

✓ Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos?

✓ Se compararmos com o tempo habitual de que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras, graças aos seus rituais?

✓ Com que freqüência executa comportamentos compulsivos?

6.a. Intervalo livre de compulsões

0 = Sem sintomas

1 = Período longo livre de sintomas

2 = Período moderadamente longo sem sintomas: de 3 a 8 horas/dia consecutivas sem sintomas

3 = Período breve livre de sintomas: de 1 a 3 horas/dia consecutivas sem sintomas

4 = Período extremamente breve livre de sintomas: menos de 1 hora consecutiva sem sintomas

✓ Em média, quando está acordado, qual o maior número consecutivo de horas/dia completamente livre de compulsões?

✓ Qual o maior período de tempo em que suas compulsões estão ausentes?

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

0 = **Nenhuma**

1 = **Alguma:** leve interferência nas atividades sociais e ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 = **Moderada:** clara interferência no desempenho social e ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 = **Grave:** deterioração considerável no desempenho social e ocupacional

4 = **Muito grave:** incapacitante

✓ Até que ponto as suas compulsões interferem na sua vida social ou profissional?

✓ Existe alguma atividade que deixa de fazer graças às compulsões?

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

0 = **Nenhuma**

1 = **Leve:** ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 = **Moderada:** a ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução

3 = **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbadora durante a sua execução

4 = **Muito grave:** ansiedade incapacitadora por qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

✓ Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões?

✓ Até que ponto ficaria nervoso?

✓ Qual o grau de ansiedade que sente quando faz as compulsões, até ficar satisfeito por as ter completado como queria?

9. Resistência às compulsões

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 = Tenta resistir na maior parte das vezes

2 = Faz algum esforço para resistir

3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância

4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

✓ Até que ponto se esforça para resistir às suas compulsões?

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

0 = **Controle total**

1 = **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 = **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade

3 = **Controle leve:** pressão forte para controlar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

4 = **Nenhum controle:** a pressão para controlar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões

✓ Com que força se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos?

✓ Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?

11. Crítica sobre as obsessões e compulsões

0 = **Excelente crítica:** completamente racional

1 = **Boa crítica:** reconhece prontamente o absurdo ou exagero, mas não parece completamente convencido de que existe apenas a ansiedade como motivo para preocupação (ex.: dúvidas vagas)

2 = **Crítica razoável:** admite com relutância que o pensamento ou o comportamento são absurdos, mas hesita. Pode ter alguns medos irrealistas, mas sem convicções fixas

3 = **Crítica pobre:** afirma que o pensamento ou o comportamento são razoáveis ou não exagerados, mas reconhece a validade da evidência em contrário (ex.: idéias supervalorizadas estão presentes)

4 = **Ausência de crítica:** delirante. Convicto de que suas preocupações e comportamentos são razoáveis, não é sensível à evidência em contrário

- ✓ Você acha que suas preocupações ou comportamentos são razoáveis?
- ✓ O que pensa que poderia acontecer se não executasse as compulsões?
- ✓ Está convencido de que na realidade algo poderia acontecer?

12. Esquiva

0 = **Sem esquiva deliberada**

1 = **Esquiva leve:** mínima

2 = **Moderada:** alguma esquiva claramente presente

3 = **Grave:** grande esquiva; proeminente

4 = **Muito grave:** esquiva muito acentuada; o paciente faz quase tudo que pode para evitar os sintomas desencadeadores

✓ Tem evitado fazer alguma coisa, ir a determinado local, ou estar com alguém graças aos seus pensamentos obsessivos ou está preocupado com a possibilidade de executar compulsões?

- ✓ Até que ponto evita?

13. Grau de indecisão

0 = **Nenhum**

1 = **Leve:** alguma dificuldade em tomar decisões sobre assuntos de pouca importância

2 = **Moderado:** relata espontaneamente dificuldades em tomar decisões em que outras pessoas não pensariam duas vezes

3 = **Grave:** pondera continuamente os prós e os contras sobre o que não é essencial

4 = **Muito grave:** incapaz de tomar decisões; grau de decisão incapacitante

✓ Tem dificuldades em tomar decisões sobre assuntos de pouca importância em que outra pessoa não precisaria pensar duas vezes?

14. Senso de responsabilidade hipervalorizado

0 = **Nenhum**

1 = **Leve:** menciona, só se questionando a esse propósito; leve senso de hiper-responsabilidade

2 = **Moderado:** relatado espontaneamente, claramente presente; paciente tem um senso de hiper-responsabilidade importante para acontecimentos que estão fora de seu controle voluntário

3 = **Grave:** idéias proeminentes e persuasivas; profundamente preocupado em sentir responsabilidade por acontecimentos que estão fora de seu controle voluntário. Auto-recriminação praticamente irracional

4 = **Muito grave:** senso de responsabilidade delirante

✓ Costuma sentir muita responsabilidade pelas consequências de seus atos?

✓ Costuma sentir culpa pelo resultado de acontecimentos que não são completamente dependentes de seu controle?

15. Lentificação constante/distúrbio da inércia

0 = **Nenhuma**

1 = **Leve:** demora ocasional em começar ou terminar

2 = **Moderada:** prolongamento freqüente das atividades rotineiras, mas habitualmente completa as tarefas

3 = **Grave:** dificuldade acentuada e persuasiva em iniciar e completar as atividades rotineiras. Habitualmente atrasado

4 = **Muito grave:** incapaz de iniciar ou completar as atividades rotineiras sem uma grande ajuda

✓ Tem dificuldade em começar ou acabar as suas tarefas?

✓ Demora mais tempo que o habitual nas suas atividades rotineiras?

16. Dúvida patológica

0 = **Nenhuma**

1 = **Leve:** só mencionada se questionado; leve dúvida patológica. Os exemplos fornecidos encontram-se dentro dos parâmetros normais

2 = **Moderada:** relata-a espontaneamente, claramente presente e aparente em alguns comportamentos do paciente; o paciente é muito perturbado pela dúvida patológica. Algum efeito no desempenho, mas este ainda é possível

3 = **Grave:** proeminente incerteza a respeito da memória ou da percepção; dúvida patológica afeta o desempenho freqüentemente

4 = **Muito grave:** incerteza a respeito da percepção, constantemente presente; a dúvida patológica afeta substancialmente quase todas as atividades incapacitantes

- ✓ Depois de terminar uma tarefa costuma ter dúvidas sobre se a executou corretamente?
- ✓ Tem dúvidas sobre se a executou por completo?
- ✓ Quando faz atividades rotineiras, costuma desconfiar dos seus sentidos?

(Os itens 17 e 18 referem-se à intensidade global da doença. O avaliador deve considerar o desempenho global e não apenas a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos)

17. Intensidade global

- 0 = Sem distúrbio
- 1 = Distúrbio leve: duvidoso, transitório, sem prejuízo funcional
- 2 = Sintomas leves: prejuízo funcional leve
- 3 = Sintomas moderados: desempenha com esforço
- 4 = Moderada: sintomas intensos, desempenho limitado
- 5 = Sintomas graves: consegue desempenhar praticamente só com assistência
- 6 = Sintomas extremamente graves: desempenho completamente comprometido

- ✓ Opinião do entrevistador sobre a intensidade global do distúrbio

18. Melhoria global

- 0 = **Muitíssimo pior**
- 1 = **Muito pior**
- 2 = **Um pouco pior**
- 3 = **Sem alteração**
- 4 = **Um pouco melhor**
- 5 = **Muito melhor**
- 6 = **Muitíssimo melhor**

✓ Avalie a melhoria global desde a AVALIAÇÃO INICIAL, independentemente de esta estar ou não relacionada com o tratamento administrado.

19. Fidedignidade

- 0 = **Excelente:** sem motivo para duvidar da fidedignidade dos dados
- 1 = **Boa:** fator(es) presente(s) que pode(m) afetar adversamente a fidedignidade dos dados

2 = **Razoável:** fator(es) presente(s) que afeta(m) ou reduz(em) a fidedignidade dos dados

3 = **Fraca:** fidedignidade muito baixa

✓ Avalie a fidedignidade global dos escores obtidos

ANEXO 5

Entrevista com o terapeuta do participante

Entrevista com o terapeuta:

1. Como o cliente chegou até você?
2. Há quanto tempo ele faz terapia com você?
3. Ele já veio para a terapia com o diagnóstico de COC (comportamento obsessivo-compulsivo)?
4. Ele faz acompanhamento psiquiátrico? Onde? Com quem?
5. Quem vive com o cliente?
6. Qual a idade do cliente?
7. Que tipo de ritual o cliente apresenta?
8. E a mãe, também faz terapia?
9. O cliente estuda ou trabalha?
10. E a mãe?
11. Qual o tempo de permanência dele em casa? E da família?
12. Que tipo de atividades o cliente costuma realizar em casa?
13. Você acha que esta pesquisa pode ajudar de alguma forma para o esclarecimento desse caso de forma a beneficiar a saúde do cliente e de sua família?
14. Você acha que esta pesquisa pode causar algum dano à saúde do cliente e de sua família?
15. A família participa dos rituais de alguma forma específica? Como?
16. A rotina da casa foi ou continua sendo modificada por causa do comportamento obsessivo-compulsivo do seu cliente?
17. Em relação às sessões de orientação ao final das filmagens, você tem o interesse de realizá-las juntamente com a pesquisadora? Alguma sugestão de como poderia ser feito?
18. Conhecendo os objetivos da pesquisa, você tem alguma sugestão para o posicionamento das câmeras?
19. Gostaria de fazer algum comentário que julgue ser importante para conhecimento da pesquisadora para a realização desta pesquisa?

ANEXO 6

Folha de registro

Folha de registros:

Dia: __/__/____

Horário: _____

Câmera: ____

Minutos	Respostas dele	Respostas dela	Obs
0			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

ANEXO 7

Termo de consentimento do responsável legal do
participante para participação na pesquisa

Termo de consentimento do responsável legal do participante para participação na pesquisa

Estamos realizando uma pesquisa no Programa de Estudos Pós Graduated da PUC-SP. O assunto desta pesquisa tem relação com algumas dificuldades apresentadas pelo seu filho no dia-a-dia. O objetivo desta pesquisa é identificar os fatores que podem levar ao aumento ou à diminuição de alguns comportamentos do seu filho que o incomodam e atrapalham a vida dele e da família também. Esperamos, por meio desse estudo, poder compreender alguns dos motivos que contribuem para a ocorrência desses comportamentos em algumas pessoas. Para que possamos atingir esses objetivos realizaremos o trabalho com algumas características, seguindo as normas propostas pelo código de ética para pesquisa com seres humanos previsto pelo Conselho Nacional de Saúde:

1. As entrevistas serão realizadas no consultório do terapeuta do seu filho e as filmagens acontecerão na sua residência;

() concordo () não concordo

2. A pesquisa terá a duração aproximada de dois meses (entrevistas mais um mês de filmagem);

() concordo () não concordo

3. A pesquisa acontecerá em três etapas: a primeira será um encontro meu com a senhora e seu filho, no consultório do terapeuta do seu filho, para expor os objetivos da pesquisa, esclarecer todas as dúvidas que possam ocorrer e apresentar os termos de consentimento. Na segunda etapa serão realizadas algumas entrevistas com a senhora e com o seu filho, separadamente, também no consultório. Na terceira etapa serão instaladas câmeras e um microfone na sua casa, provavelmente na cozinha e na sala que eu possa observar a rotina de vocês;

() concordo () não concordo

4. As imagens e sons serão gravados e vistos por mim, pelo orientador da pesquisa e possivelmente por algumas pessoas que participam do nosso grupo de pesquisa;

() concordo () não concordo

5. Todas as informações obtidas poderão ser utilizadas apenas para fins de pesquisa, ensino e publicações científicas, desde que respeitada a condição apresentada nos itens 6 e 7;

☐ concordo ☐ não concordo

6. O nome do seu filho e o da senhora, assim como características que possam contribuir para a identificação de vocês serão omitidas, garantindo os direitos de sigilo;

☐ concordo ☐ não concordo

7. Não serão empregados procedimentos que possam trazer risco de saúde e/ou moral ao seu filho e à senhora;

☐ concordo ☐ não concordo

8. Ao final da pesquisa a senhora receberá em troca, pela participação, 8 sessões de 50 minutos de orientação, conduzidas por mim;

☐ concordo ☐ não concordo

9. Será possível o esclarecimento de dúvidas antes, durante e depois da pesquisa. A senhora e/ou seu filho poderão utilizar os seguintes contatos: Pesquisadora: Tatiana: celular (11) 92512122 Orientador: Roberto Banaco: celular (11) 99169227, consultório 36757944, PUCSP 36708386

☐ concordo ☐ não concordo

10. A senhora e seu filho terão a liberdade de recusar ou abandonar a pesquisa em qualquer momento;

☐ concordo ☐ não concordo

11. As imagens obtidas não serão em hipótese alguma apresentadas para quaisquer pessoas que não sejam, o orientador e o grupo de pesquisa (nem para a senhora, nem para seu filho);

☐ concordo ☐ não concordo

12. As imagens serão destruídas após o término da defesa da minha dissertação.

☐ concordo ☐ não concordo

Estando de acordo com as condições apresentadas acima, favor preencher os formulários a seguir.

1. Informações sobre o responsável legal do participante

Nome do responsável legal: _____

Grau de parentesco com o participante: _____

Sexo: _____ R.G.: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ U.F.: _____ Telefone: () _____

2. Informações sobre o participante:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____ R.G.: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ U.F.: _____ Telefone: () _____

São Paulo: ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável

Assinatura da pesquisadora
Tatiana Araujo Carvalho de Almeida
R.G.: 39.368.066-6

Assinatura do orientador
Prof. Dr. Roberto A. Banaco
R.G.: 9.737.144-0

ANEXO 8

Termo de consentimento do participante para participação na
pesquisa

Termo de consentimento do participante para participação na pesquisa:

Você e sua família são convidados para participar de uma pesquisa. Esta pesquisa é sobre uma coisa que te incomoda e que pode estar atrapalhando seu dia-a-dia. Eu tenho o interesse em descobrir o que pode fazer você sentir-se mais ansioso, incomodado e fazer mais “manias”. Também quero saber em que momentos você se sente melhor e tem menos necessidade de fazer essas “manias”.

Quando fazemos pesquisas com pessoas precisamos respeitar algumas regras. Por isso, antes de começar o trabalho com você e sua família, preciso saber se você concorda com essas regras:

1. As entrevistas com você e sua mãe serão feitas no consultório do seu terapeuta e as filmagens serão feitas na sua casa;

() concordo () não concordo

2. A pesquisa deve durar mais ou menos 2 meses (entrevistas mais as filmagens);

() concordo () não concordo

3. Vão acontecer 3 coisas durante a pesquisa: primeiro vou conversar com você e com a sua mãe no consultório do seu terapeuta para explicar tudo o que vai acontecer e ainda vou entregar a vocês dois os termos de consentimento que cada um vai assinar se concordar. Depois disso vou colocar um microfone e algumas câmeras na sala e na cozinha da sua casa para ver você e sua família;

() concordo () não concordo

4. Somente eu, o orientador da pesquisa e algumas pessoas que também participam da pesquisa vamos ver e ouvir o que ficou gravado;

() concordo () não concordo

5. O seu nome será guardado em segredo;

() concordo () não concordo

6. É possível que eu apresente para as pessoas o que aprendi sobre você. Mas não vou falar seu nome, nem nada que possa mostrar quem você é;

() concordo () não concordo

7. Não se preocupe, não haverá nada nessa pesquisa que possa te fazer mal;

() concordo () não concordo

8. No final da pesquisa saberei mais sobre as suas dificuldades. Por isso vou encontrar algumas vezes com a sua mãe e vou ensiná-la a fazer com que você melhore;

() concordo () não concordo

9. Se você tiver alguma dúvida poderá ligar para mim ou para a outra pessoa responsável pela pesquisa. Ligue para mim (Tatiana: 92512122) ou para o Orientador da pesquisa (Roberto: 99169227, 36757944 ou 36708386)

() concordo () não concordo

10. Você pode desistir de participar da pesquisa no meio se achar que não quer continuar;

() concordo () não concordo

Se você concorda com tudo isso, por favor, assine abaixo:

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora
Tatiana Araujo Carvalho de Almeida
R.G.: 39.368.066-6

Assinatura do orientador
Prof. Dr. Roberto A. Banaco
R.G.: 9.737.144-0

ANEXO 9

Declaração

**(de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos,
sejam eles favoráveis ou não)**

Declaração

Eu, Tatiana Araújo Carvalho, portadora do R.G. 39.368.066-6 e CPF 024.435.506-13, aluna do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Alves Banaco, portador do R.G. 9.737.144-0 e CPF 033.623.368-09, declaro, para os devidos fins, que todas as informações obtidas no estudo “Manutenção do Comportamento Obsessivo-Compulsivo por interações familiares: levantamento de algumas variáveis por meio de observação”, poderão ser utilizadas para fins de pesquisa, ensino e publicações científicas, desde que sejam garantidos os direitos de sigilo dos participantes.

Por ser verdade firmo o presente documento em duas vias com um só teor.

São Paulo: ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora
Tatiana Araujo Carvalho de Almeida
R.G.: 39.368.066-6

Assinatura do orientador
Prof. Dr. Roberto A. Banaco
R.G.: 9.737.144-0

ANEXO 10

Declaração
(sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados)

Declaração

Eu, Tatiana Araújo Carvalho, portadora do R.G. 39.368.066-6 e CPF 024.435.506-13, aluna do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Alves Banaco, portador do R.G. 9.737.144-0 e CPF 033.623.368-09, declaro, para os devidos fins, que todas as imagens e sons obtidos no estudo “Manutenção do Comportamento Obsessivo-Compulsivo por interações familiares: levantamento de algumas variáveis por meio de observação”, serão destruídos após a defesa da dissertação da pesquisadora.

Por ser verdade firmo o presente documento em duas vias com um só teor.

São Paulo: ____ / ____ / ____

Assinatura da pesquisadora
Tatiana Araujo Carvalho de Almeida
R.G.: 39.368.066-6

Assinatura do orientador
Prof. Dr. Roberto A. Banaco
R.G.: 9.737.144-0

ANEXO 11

Descrição das respostas emitidas pelos participantes

Respostas emitidas pela mãe do participante:

RESPOSTAS DA MÃE	DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS
Auxiliar ritual	Ajudar o participante a realizar algumas ações relacionadas às respostas obsessivas e/ou compulsivas dele ¹
Comer/beber	Alimentar-se. As refeições dela são feitas na cozinha, em pé próximo a pia, ou assistindo televisão na sala.
Chorar	Chorar
Conversar	Todos os diálogos entre mãe e filho que não coincidem com a categoria “falar com ele”
Cortar papel	Cortar pedaços de papel com a tesoura ²
Deitar/dormir	Deitar ou dormir no sofá da sala
Falar com ele	Fazem parte dessa categoria todas as falas da mãe que não correspondem à categoria “conversar”. Exemplos: apressá-lo, brigar com ele, dar conselhos ou fazer incentivos, falar sozinha, falar baixo, dar ordens para ele, questionar sobre as respostas compulsivas, negar devolver o computador.
Lavar a mão	Lavar as mãos na pia da cozinha em situação de asseio, quando ele pede (e em seguida toca em algum objeto dele), e mesmo quando ele não pede.
Ler	Ler revista, jornal, agenda na presença ou ausência dele
Obedecer	Acatar as ordens que o sujeito dá a ela
Rezar e/ou chorar	Fazer orações em voz alta (ouvindo pelo rádio ou televisão) e chorar como consequência dos comportamentos emitidos pelo participante.
Rir	Sorrir como consequência dos comportamentos emitidos pelo participante.
Sair	Sair de casa ou avisar que vai sair
Silêncio/sem som	Situações em que a mãe faz em silêncio ou que ela parece fazer silêncio (ambiente no qual o microfone não captava o som).
Sentar/ler	Sentar no sofá da sala.
Tarefas de casa	Realizar tarefas dentro de casa, como, por exemplo, arrumar a casa ou lavar as louças sujas, organizar a mesa de computador do sujeito, preparar comida ou manusear alimentos.
Tomar remédio	Tomar a medicação receitada pelo psiquiatra.
Tv/rádio	Assistir televisão ou ouvir rádio.

¹ Exemplo das respostas da mãe de auxiliar no ritual do filho: falar para ele pegar algum produto de limpeza para limpar objetos; olhar e falar para ele quem está na rua e se ele pode sair ou não; sair para buscá-lo ou combinar com ele horário e local; falar para ele evitar de olhar para as pessoas na rua; reassegurar (jurando, inclusive); lavar algum objeto para ele (exemplo: dinheiro); perguntar para ele se deve lavar as mãos antes de encostar em algum objeto dele; pegar as roupas e/ou sapatos dele que ele joga no chão da cozinha;

Respostas emitidas pelo participante:

RESPOSTAS DO PARTICIPANTE	DESCRIÇÃO DAS RESPOSTAS
Abanar com o prato	Usar um prato para se abanar
Ações que previnem ou removem a contaminação	Respostas emitidas pelo participante que tiveram como consequência a evitação ou remoção do estímulo aversivo (contaminação) por contato com pessoas ou objetos
Acender fósforos	Riscar vários palitos de fósforo consecutivamente ou passar a chama na superfície da pia da cozinha
Ameaçar ou provocar a mãe	Falar que vai fazer algo ruim com ela (geralmente acontece em situação de briga entre os dois) e provocá-la.
Balançar ou jogar objetos na mãe de brincadeira	Movimentar a garrafa de refrigerante, a pizza congelada e os braços; jogar a garrafa de refrigerante na mãe.
Bater e/ou quebrar objetos	Quebrar qualquer objeto da casa ou fazer barulho alto de batidas no banheiro em ocasião do banho ritualístico ³
Dar ordens	Mandar a mãe fazer algumas coisas, como, por exemplo: mudar o canal da televisão, falar baixo, calar a boca, sair da sala, apagar a televisão, abrir o portão, apagar a luz, afastar a mesa, pegar ou colocar as roupas/sapatos dele no varal, pegar a toalha de banho para ele, apressá-la, lavar a mão, pegar algum objeto, determinar o que fazer c/ certos objetos.
Escutar na extensão do telefone	Escutar a conversa da mãe na extensão do telefone no quarto de computador.
Limpeza/lavagem	Tomar banho ritualístico, lavar ou limpar com papel e/ou produto de limpeza objetos (inclusive dinheiro), comida e o chão
Olhar pela fechadura ou escutar atrás da porta	Escutar o que a mãe fala por trás da porta; observar o que a mãe faz pelo buraco da fechadura (acontece quando a porta entre a sala e a cozinha está fechada).
Pedir o computador	Pedir muitas vezes que a mãe lhe devolva o computador (que ela escondeu como forma de punição por ele a ter xingado).
Pegar papel p/ limpeza	Entrar na cozinha e pegar um pedaço de papel toalha que provavelmente será usado para evitar contato com objetos que podem contaminá-lo.
Picar e jogar papel	Picar vários pedaços de papel e jogá-los no chão
Sentar ou deitar no chão	Permanecer sentado ou deitado no chão do quarto de computador após briga com a mãe.

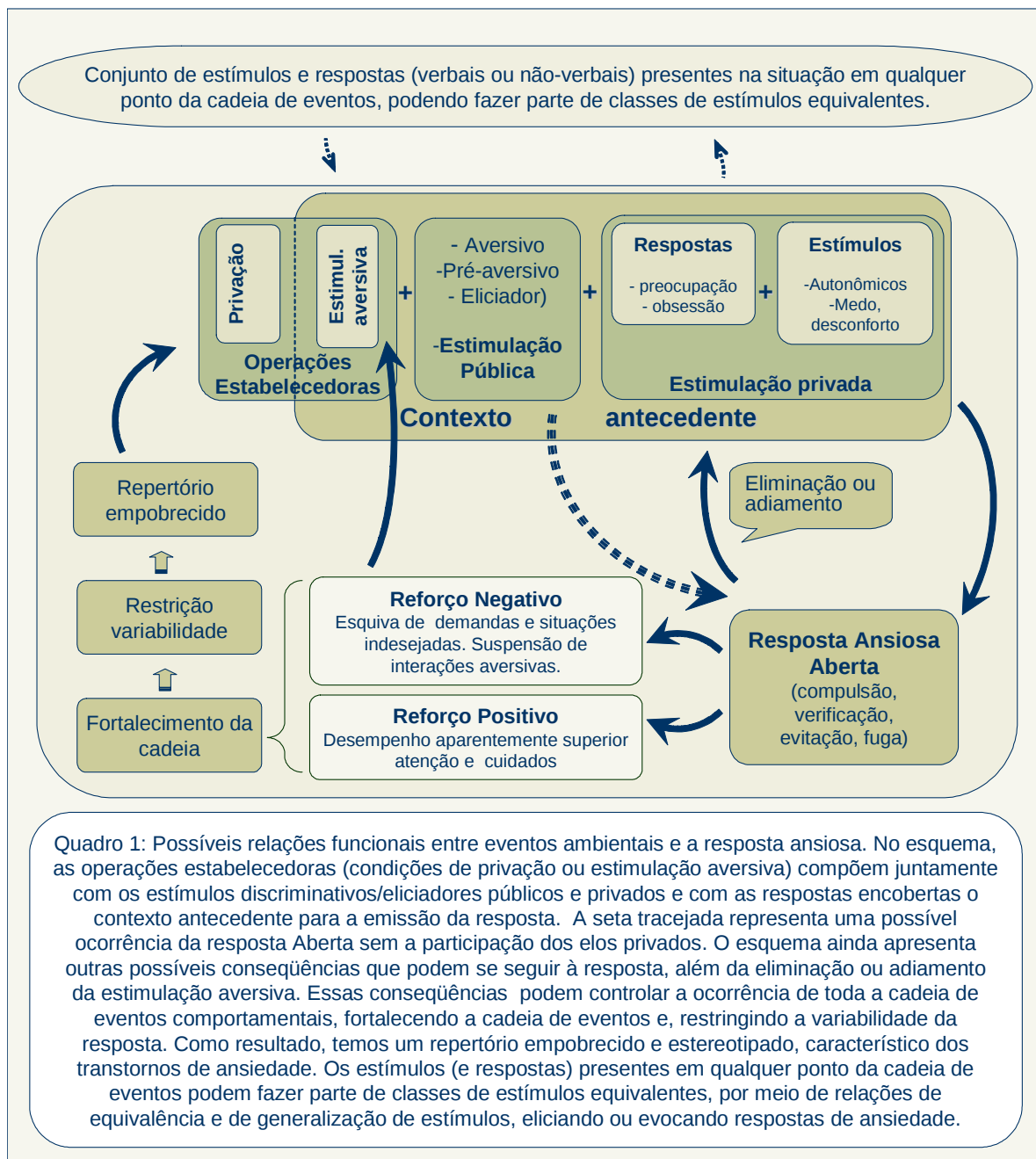
² A mãe guarda um saco com vários pedaços de papel cortados. Esses papéis não têm nenhuma utilidade.

³ O termo ritualístico está sendo usado como adjetivo para diferenciar os banhos em que o participante emite respostas compulsivas dos banhos de asseio, ou seja, sem respostas compulsivas.

APÊNDICE 1

Possíveis relações funcionais entre eventos ambientais e a resposta ansiosa, segundo Banaco e Zamignani (2004).

Possíveis relações funcionais entre eventos ambientais e a resposta ansiosa, segundo Banaco e Zamignani (2004):



Reproduzido de Banaco e Zamignani (2004)

APÊNDICE 2

Residência dos participantes

RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES:

