

# A COMPREENSÃO DE TERAPEUTAS QUE SE AUTODENOMINARAM COMPORTAMENTAIS E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS ACERCA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DEFINIÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

## THE UNDERSTANDING OF SELF-NAMED BEHAVIOR AND COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPISTS ABOUT THE OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DEFINITION, ASSESSMENT AND TREATMENT

Luana Cavicion Gomes<sup>1</sup>

Ana Priscila Batista<sup>2</sup>

### RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal verificar a compreensão de terapeutas que se autodenominaram **comportamentais** e **cognitivo-comportamentais** a respeito do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): definição, avaliação e tratamento. Participaram do estudo seis terapeutas, sendo que três afirmaram utilizar a teoria da análise do comportamento e os outros três a teoria cognitivo-comportamental, como referencial teórico que embasa a prática clínica. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, sendo que cada participante foi entrevistado individualmente no local estabelecido previamente. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A partir das entrevistas foram elaboradas categorias para análise e discussão dos dados obtidos, as categorias foram: abordagem teórica, definição, avaliação e tratamento do TOC. Ao realizar a análise dos dados das entrevistadas e correlacioná-los com a literatura da área, concluiu-se que nem sempre os profissionais que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais embasam sua prática clínica com todo o referencial teórico existente dentro de sua abordagem, utilizando-se, algumas vezes, de outros referenciais como o modelo médico tradicional.

Palavras-chave: Terapia Comportamental. Terapia Cognitivo-Comportamental. Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

### ABSTRACT

The present search had as main objective to verify the understanding of self-named **Behavior** and **Cognitive-Behavior** Therapists about the Obsessive-Compulsive disorder: definition, assessment and treatment. Six therapists was subjects of the study: three related to use the theory of Behavior Analysis and three the theory Behavioral-Cognitive as theoretical benchmark that embasa clinical practice. Is there a semi-structured interview, and each participant was interviewed individually at the site previously established. The interviews were recorded and later transcribed in full. From interviews were compiled categories for analysis and discussion of the data obtained, the categories were: Theoretical Approach, Definition of the Obsessive-Compulsive disorder, Evaluation and Treatment of Obsessive-Compulsive disorder. In undertaking the analysis of the data of the respondents and correlate them with the literature of the area, it is concluded with the search is not necessarily the professionals who Behavior and Cognitive-Behavior their clinical practice with the entire existing theoretical benchmark within their approach, is using other benchmarks such as the Traditional Medical Model.

Keywords: Behavioral Therapy. Behavioral-Cognitive Therapy. Obsessive-Compulsive disorder.

---

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro). Pós-graduada em Práticas Familiares pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). *E-mail*: luanacavicion@gmail.com

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela USP. Mestre em Psicologia Clínica pela mesma instituição. Doutora em Educação pela UFPR. *E-mail*: anapribatista@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O caso clínico a seguir faz menção à realidade de muitas pessoas que são diagnosticadas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Luciano é um executivo, casado, pai de um filho. Há alguns anos, precisou visitar a trabalho uma empresa que trabalhava com produtos radioativos. Alguns dias depois, começou a pensar que poderia ter sido contaminado com a radioatividade e que seu carro também poderia estar contaminado. Desde então, contratou diversos técnicos para detectar o nível de radioatividade em seu carro e, agora também, em sua casa. Mas a dúvida persiste: “e se houvesse problemas com o aparelho e a detecção não tivesse sido eficaz?”. Os objetos e roupas usados no dia da visita e aqueles que passaram pelo carro, assim como aqueles que estiveram próximos desses objetos, agora são depositados em um cômodo fechado em sua casa e nunca mais serão utilizados. Como seu filho e sua esposa haviam também utilizado o carro após a visita à empresa, eles também poderiam estar contaminados; por isso, não os deixa ir à casa de amigos, e fica extremamente preocupado quando seu filho vai à escola, pois os outros alunos também poderiam se contaminar. Evita receber visitas, pois sua casa também pode estar contaminada. Luciano está se isolando, já perdeu todos os seus amigos e a esposa já fala em divórcio. Sabe que isto tudo é exagero, mas não consegue deixar de fazê-lo (ZAMIGNANI; BANACO, 2003, p. 18, grifo nosso).

Esse caso exemplifica um problema que é conhecido pelos profissionais da saúde como **transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)**. O TOC é definido, avaliado e tratado de diferentes formas pelas diversas áreas de conhecimento. Sabe-se que a medicina e a psicologia são duas áreas que abordam esse transtorno. Dentro da medicina, a partir visão mais biológica; e dentro da Psicologia, a partir de diversas abordagens teóricas, dentre as quais, a análise do comportamento e a cognitivo-comportamental.

### 1 O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) DE ACORDO COM A PSIQUIATRIA E COM O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – DSM

O modelo médico tradicional de diagnóstico busca enquadrar certos tipos de comportamento dentro de padrões de normalidade, de acordo com critérios estatísticos e diagnósticos específicos. Um exemplo disso é o *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM*. Nesta abordagem as respostas dos indivíduos são utilizadas como parâmetro para a classificação da doença a ser diagnosticada. Por exemplo, o TOC é caracterizado, dentro dos transtornos de ansiedade,

[...] por obsessões suficientemente graves a ponto de consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo. Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconhece que as obsessões ou as compulsões são excessivas e irracionais.

As obsessões são ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciadas como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. O termo refere-se ao sentimento do indivíduo de que os conteúdos das obsessões é estranho, não está dentro de seu próprio controle, nem é a espécie de pensamento que ele esperaria ter. Já as compulsões são comportamentos repetitivos cujo objetivo é prevenir, reduzir a ansiedade frente a uma obsessão; alguns exemplos de atos compulsivos são: lavar a mão repetidas vezes, ordenar, verificar (APA, 2002).

De acordo com Torres (2002), apenas a presença de obsessões e compulsões não é suficiente para caracterizar o TOC, já que esses sintomas também podem fazer parte de vários outros transtornos mentais, como as depressões e as demências. Além disso, o TOC pode coocorrer com outros sintomas e queixas como depressão, ansiedade, esQUIVA fóbica e preocupação excessiva. Assim, esse transtorno não pode ser diagnosticado na presença de apenas um único fator como causa, mas sim por diversos fatores. Como mostra Kaplan (1997), a etiologia do TOC é determinada por fatores biológicos, comportamentais e psicossociais, e todos devem ser levados em consideração para diagnosticar tal quadro.

Segundo Kaplan (1997), a causa do TOC é determinada por multifatores e, em relação ao tratamento para esse transtorno, existem inúmeros medicamentos que podem ser indicados como potencialmente eficazes, tais como: clomipramina, inibidores seletivos da recaptção de serotonina e buspirona + lítio + neuroléptico + fenfluramina. Embora a utilização de farmacoterapia seja eficaz no tratamento deste tipo de transtorno, muitos médicos ao diagnosticar o TOC, sugerem aos pacientes a combinação de farmacoterapia e psicoterapia. Ainda segundo esse autor, estudos controlados descobriram que farmacoterapia e psicoterapia ou uma combinação de ambas são efetivas para a redução significativa dos sintomas dos pacientes com esta patologia.

## 2 TERAPIA COMPORTAMENTAL

A terapia comportamental (TC) se embasa no referencial teórico da análise do comportamento e nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical, tendo Burrhus Frederic Skinner como proponente. O objeto de estudo dessa área é o comportamento, considerado como sendo a interação entre organismo e ambiente. Segundo Catania (1999), ao observar um comportamento, verificam-se propriedades do ambiente e propriedades do organismo. Essas propriedades são chamadas de **estímulos e respostas**, mas nem o estímulo, nem a resposta têm interesse por si só. Uma análise do comportamento determina que existem alguns tipos de relações entre estímulos e respostas, e é papel do analista do comportamento perceber como surgem essas relações.

A TC procura especificar relações funcionais entre os eventos no contexto em que ocorrem. Desde a sua origem, caracteriza-se por derivar de pesquisa de laboratório. Empregando princípios da aprendizagem para explicar o comportamento, trata problemas como deficiências de aprendizagem, o que permite reaprender. Existe, dessa maneira, uma preocupação permanente de encontrar e manipular as variáveis que determinam o comportamento, descobrindo a função dele. A partir dessa concepção, o terapeuta comportamental, com o auxílio de instrumentos, realiza um levantamento do repertório comportamental do indivíduo, buscando investigar e estabelecer fatores que contribuem para os problemas ou que os mantém, para, a partir disso, selecionar os procedimentos de intervenção (KERBAUY, 1996).

Sendo a **análise funcional** o principal instrumento de trabalho do analista do comportamento, realizá-la é identificar o valor de sobrevivência de determinado comportamento, buscando uma formulação da interação entre um organismo e seu ambiente e especificando as ocasiões que esta resposta ocorre, bem como a própria resposta e as consequências reforçadoras dela (MEYER, 2003). Segundo Meyer (1990), a análise funcional permeia todo o processo terapêutico, desde a avaliação até o tratamento, estando também na análise da utilização de determinados procedimentos que podem estar presentes ao longo do processo

terapêutico. Dessa maneira, é notório que o terapeuta comportamental não utiliza apenas de uma gama de técnicas, mas sim de uma boa análise funcional embutida em tais procedimentos.

Em relação aos clientes da TC, segundo Kerbauy (1996), são os mesmos clientes de qualquer outra forma de terapia como, por exemplo, pessoas que permanecem em um círculo fechado, com dificuldades de resolver seus problemas pessoais. Dentre esses clientes, estão aqueles que apresentam dificuldades em relação a obsessões e comportamentos compulsivos, tradicionalmente diagnosticados com TOC.

De acordo com Barlow (1999), o TOC é compreendido através da teoria de Mowrer (1939). Essa teoria propõe que, primeiramente, um acontecimento é emparelhado com um estímulo que, dada a sua natureza, provoca desconforto ou ansiedade. Assim, por meio de processos de condicionamento, os objetos, tanto quanto os pensamentos e as imagens, adquirem a capacidade de produzir desconforto. Posteriormente são desenvolvidas as respostas de fuga ou evitação, para reduzir a ansiedade ou o desconforto evocados pelos vários estímulos condicionados, esses comportamentos de fuga e esquiva são mantidos pelo sucesso em agir assim.

Além disso, aponta-se que algumas variáveis ambientais relacionam-se à instalação e à manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos. Desse modo, é importante verificar se as contingências responsáveis pela instalação do problema são diferentes daquelas responsáveis pela sua manutenção, o que necessita de uma análise de contingências distintas. Também é importante salientar que o conhecimento da história do paciente, bem como o levantamento de seu repertório comportamental e seus reforçadores sociais (como atenção, elogios, contato afetivo) podem informar sobre seus padrões de comportamento e suas consequências reforçadoras ou aversivas. Dessa forma, torna-se necessário uma investigação de muitas variáveis, não só das contingências específicas que agem sobre cada indivíduo, mas também uma análise aprofundada de sua história de vida, de seu ambiente e de seus reforçadores sociais, isto é, de sua cultura (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

A TC, no tratamento do TOC, utiliza estratégias dirigidas à diminuição da ansiedade, tais como a exposição e a prevenção de respostas, além da análise funcional realizada pelo terapeuta e ensinada ao cliente, sendo que isso permeia todo o processo. A técnica de exposição consiste em exposições prolongadas e repetidas dos clientes às situações que provocam desconforto e intrusões para absterem-se da ritualização durante o programa terapêutico. Dessa forma, as exposições geralmente são graduais, de modo que os estímulos que produzem sofrimento moderado são enfrentados antes daqueles mais perturbadores. E a técnica de prevenção de resposta tem como principal objetivo fazer com que o paciente reduza os impulsos para ritualizar e, desse modo, os pacientes são instruídos a reprimir todo comportamento ritualístico durante o período de tratamento (BARLOW, 1999).

Zamignani e Banaco (2005) descrevem alguns estudos realizados por Banaco (1997), Graña e Bayón (2000) e Zamignani e Vermes (2003), em que são relatados sucessos em procedimentos baseados na avaliação funcional e em estratégias terapêuticas, como uso da técnica de exposição e prevenção de respostas, de forma não sistemática e incluída no cotidiano do cliente; reforçamento diferencial de comportamentos alternativos à resposta ansiosa; modelagem e fortalecimento de repertório social; desenvolvimento de repertório de enfrentamento e intervenção sobre os familiares.

Vale ressaltar que, mesmo que a exposição e a prevenção de respostas sejam as técnicas mais efetivas no tratamento do TOC, o terapeuta comportamental jamais deve padronizar o tratamento. Zamignani e Banaco (2005) mencionam que o que irá definir de forma mais satisfatória qual o delineamento mais adequado do

tratamento será a análise funcional. A análise funcional do caso individual, portanto, é a melhor forma de se desenvolver uma boa avaliação da queixa apresentada e o delineamento adequado das estratégias terapêuticas.

### 3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), baseada na teoria cognitiva, foi desenvolvida por Aron Beck no início da década de 1960, como uma psicoterapia breve, orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e comportamentos considerados disfuncionais. De forma sucinta, o modelo cognitivo-comportamental propõe que os pensamentos distorcidos e as crenças disfuncionais sejam comuns a todos os distúrbios psicológicos (BECK, 1997).

Assim sendo, este tipo de psicoterapia dá ênfase aos pensamentos automáticos e as crenças centrais que estão diretamente relacionados ao estado de humor, comportamento e sensação diante de acontecimentos na vida dos indivíduos. Segundo Knapp (2004, p. 22),

As crenças centrais são as nossas ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo. Elas vão se construindo e formando desde as experiências de aprendizado mais primeiras e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e a interpretação dos eventos, modelando o nosso jeito psicológico de ser. [...] Já os pensamentos automáticos são as cognições mais fáceis de acessar e modificar, podem ser ativadas por eventos externos, por exemplo, estar esperando um telefonema, e por eventos internos, como, por exemplo, lembrar-se de algo.

Dentro da TCC entende-se que o que se pensa sobre os fatos está diretamente ligado à forma como os indivíduos se comportam frente às situações. Segundo Knapp (2004), um evento comum do cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, mas sim o que se pensa sobre o evento; as emoções e comportamentos estão influenciados pelos pensamentos.

Desse modo, a TCC aborda as crenças e pensamentos disfuncionais como os causadores de sofrimento, pois caso não haja ações corretivas das crenças nucleares e pensamentos disfuncionais, o indivíduo irá cristalizá-los como verdades absolutas e imutáveis. Assim sendo, usualmente, o trabalho da TCC se inicia com a avaliação e modificação dos pensamentos e subsequentemente das crenças. Porém, há situações, em que se trabalha primeiramente a nível comportamental, ficando o trabalho cognitivo para mais adiante no processo terapêutico (KNAPP, 2004).

A TCC sustenta que cinco elementos inter-relacionados estão envolvidos na conceitualização de dificuldades psicológicas e que, segundo Friedberg e McLure (2004), são: contexto interpessoal/ambiental; fisiologia; funcionamento emocional; comportamento e cognição do indivíduo. Todos estes aspectos modificam-se e interagem, criando um sistema dinâmico e complexo.

No processo terapêutico, o terapeuta cognitivo-comportamental trabalha para que as distorções cognitivas se evidenciem em relação ao conteúdo, grau de crença, estilo e impacto sobre a vida do paciente. Assim, de acordo com Beck (1997), a TCC ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, ajudando a focalizar um problema específico, bem como a identificar

seu pensamento disfuncional, avaliar a finalidade de seu pensamento e projetar um plano de ação. Dessa forma, é notório o caráter educativo da TCC, que visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída. O terapeuta não ajuda apenas a estabelecer metas, identificar e avaliar pensamentos e crenças, planejar a mudança comportamental, mas também ensina **como fazer isso** (BECK, 1997).

De acordo com essa abordagem, os pacientes com TOC mantêm crenças errôneas, e os pensamentos obsessivos são intrusivos e funcionam como estímulos que podem provocar certos tipos de pensamentos automáticos negativos. Desta maneira, responsabilidade e autocensura são os temas centrais no sistema de crença obsessivo-compulsivo. A neutralização, na forma de compulsões comportamentais ou cognitivas, pode ser entendida como uma tentativa para reduzir este senso de responsabilidade e evitar a censura (BARLOW, 1999).

[...] o portador de TOC sofre de obsessões em decorrência de uma tendência acentuada e relativamente estável de interpretar a ocorrência e o conteúdo de pensamentos intrusivos normais como um sinal de que ele possa tornar-se responsável por algum dano ou prejuízo a si ou a seus outros significados. Sua estratégia compensatória é ritualizar, através de comportamentos compulsivos, aos quais ele atribui uma capacidade infundada de neutralizar os efeitos potencialmente danosos de seus pensamentos intrusivos (SERRA, 2006, p. 32).

O modelo cognitivo-comportamental propõe que interpretações distorcidas são as responsáveis pelo fato de determinados pensamentos intrusivos assumirem um significado especial para o indivíduo, ativando pensamentos automáticos de natureza negativa ou catastrófica e emoções desagradáveis, tais como: medo, ansiedade e desconforto. Em consequência dessas interpretações distorcidas, tais pensamentos assumem significado especial, o que faz com que aumentem de frequência, compelindo o indivíduo a adotar estratégias para neutralizá-los, ou seja, aumentar a vigilância, realizar atos voluntários (rituais, evitações, reasseguramentos) a fim de afastá-los ou de evitar os desfechos catastróficos imaginados. O sucesso momentâneo de tais estratégias acaba perpetuando o transtorno (KNAPP, 2004).

O processo de avaliação do paciente dentro da TCC é realizado mediante uma entrevista semiestruturada, a qual tem por objetivo identificar os sintomas obsessivos compulsivos e as manifestações do TOC. Além disso, inclui-se a história psiquiátrica do paciente, bem como o grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na família, nas atividades sociais. É importante ainda o levantamento de tratamentos já realizados e o grau de sucesso e insucesso já alcançados. Também no processo de avaliação do paciente, os psicoterapeutas podem utilizar-se de instrumentos padronizados para o levantamento de comorbidades e escalas para avaliar a gravidade do sintoma (KNAPP, 2004).

A partir disso, no tratamento, a terapia cognitivo-comportamental utiliza estratégias, como a eliciação e a discussão dos pensamentos automáticos e intrusivos, do medo disfuncional e dos esquemas de responsabilidade; a modificação de interpretações irrealistas; e a discussão sobre pensamento mágico e fusão de pensamento e ação. O esclarecimento sobre os efeitos de não ritualizar e o questionamento socrático são importantes técnicas cognitivas usadas pelos terapeutas (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007). Além disso, Knapp (2004) aponta que a TCC no tratamento do TOC utiliza-se também de intervenções comportamentais como a exposição, e a prevenção da resposta.

A partir disso, percebe-se a influência da abordagem comportamental sobre a abordagem cognitivo-comportamental, principalmente em relação às técnicas utilizadas. Contudo, cada uma possui uma visão de

homem e, dessa forma, diversificam-se. Assim, percebe-se que os objetivos das técnicas comportamentais são: observar, experimentar, modificar comportamentos, eliciar comportamentos encobertos associados a comportamentos específicos. Já os objetivos das técnicas cognitivas são: identificar pensamentos automáticos; reconhecer as conexões entre esses pensamentos, afetos, comportamentos; substituir as distorções cognitivas e esquemas disfuncionais (SHINOHARA, 2001).

A partir do exposto até o momento, pode-se dizer que tanto a terapia comportamental quanto a cognitivo-comportamental para o TOC apresentam algumas particularidades na definição, avaliação e no tratamento. Assim, terapeutas que se embasam em tais referenciais podem fazer uso de uma vasta gama de material teórico produzido pela área em relação ao processo terapêutico e ao TOC. Entretanto, será que profissionais que se autodenominam comportamentais ou cognitivo-comportamentais de fato tem conhecimento de todo esse referencial teórico? Ou seja, será que há correspondência entre o que mostra a literatura e os estudos da área com o que é conhecido por diversos profissionais que se dizem “terapeutas comportamentais” ou “cognitivo-comportamentais”? Dessa forma, percebe-se a relevância de uma investigação sobre se há a correspondência, ou não, entre o que é descrito na literatura e o que é conhecido pelos terapeutas que dizem embasar suas práticas em tais referenciais, sendo esse o objetivo do presente estudo.

#### 4 METODOLOGIA

Participaram do estudo três terapeutas que se autodenominaram **comportamentais** e três terapeutas que se autodenominaram **cognitivo-comportamentais**, ou seja, que afirmaram utilizar a **teoria da análise do comportamento** e a **teoria cognitivo-comportamental**, respectivamente, como referencial teórico que embasa a prática clínica. Os terapeutas entrevistados eram todos da área da Psicologia Clínica. Os dados referentes a algumas características desses participantes são apresentados na TAB. 1.

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Variáveis	Participantes					
	C-C1	C-C2	C-C3	C1	C2	C3
Idade (anos)	42	48	25	45	62	53
Sexo	F	F	F	F	F	F
Escolaridade	G	M	G	M	D	E
Tempo de formação (anos)	3	32	2	23	32	27
Tempo de atuação clínica (anos)	1	31	2	19	30	25
Número de casos de TOC atendidos	Menos de 5	Mais de 10	Nenhum	Mais de 10	Mais de 20	Mais de 5

LEGENDA: C-C – Cognitivo-comportamental; C – Comportamental; F – Feminino; G – Graduado; E – Especialista; M – Mestre; D – Doutor

FONTE: As autoras (2016)

## 4.1 LOCAL

Cada participante foi entrevistado individualmente no local estabelecido previamente pelo entrevistador e entrevistado, sendo que os lugares escolhidos por todos os entrevistados foram seus locais de trabalho.

## 4.2 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, previamente elaborada, composta por perguntas relacionadas ao conhecimento de terapeutas que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais acerca do TOC. As questões foram as seguintes:

1. Como o(a) senhor(a) define a abordagem teórica que embasa a sua prática?
2. Dentro de tal abordagem:
  - 2.1 Como o transtorno obsessivo-compulsivo é definido?
  - 2.2 Como se dá a avaliação de tal transtorno?
  - 2.3 Como é realizado o tratamento?
3. O (a) senhor(a) já atendeu algum caso clínico de TOC? Quantos?

## 4.3 PROCEDIMENTO

Os participantes receberam um convite verbal formal para participarem do estudo, feito pessoalmente pela autora do presente trabalho. Nesse primeiro contato foram explicados os objetivos e procedimentos a serem realizados, resguardando as questões éticas. Dessa forma, caso concordassem em participar, eram agendados dia e horário para a entrevista.

No dia da entrevista, foi apresentado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser lido e assinado, caso concordasse em participar. Esse termo continha esclarecimentos sobre a autorização para a gravação da entrevista, bem como todos os esclarecimentos necessários sob as pessoas autorizadas a manusear o material produzido, sobre o sigilo das informações e de qualquer tipo de identificação do participante. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A partir das entrevistas, foram elaboradas categorias para análise e discussão dos dados obtidos.

## 4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão apresentados a seguir referem-se às respostas dadas por terapeutas que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais acerca das questões referentes às categorias: 1) conhecimento que possuem sobre a abordagem teórica que utilizam; 2) conhecimento da definição do TOC, dentro da abordagem que utilizam; 3) conhecimento da avaliação do TOC, dentro da abordagem que utilizam e 4) conhecimento do tratamento do TOC, dentro da abordagem que utilizam.



Os relatos foram extraídos a partir de um roteiro de entrevista que foi construído a partir dessas quatro categorias citadas anteriormente. Essas categorias foram desmembradas em subcategorias que foram extraídas do conteúdo da fala dos entrevistados.

#### 4.5 ABORDAGEM TEÓRICA DE TERAPEUTAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

O objetivo dessa categoria é verificar a compreensão de terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais acerca da abordagem teórica que utilizam para embasar a prática clínica.

A **abordagem comportamental** dá ênfase ao estudo do comportamento, sendo este entendido como interação entre o organismo e o ambiente. Ela tem como base filosófica o behaviorismo radical e busca, por meio da investigação das relações de dependência entre os eventos (análise funcional – AF) e do estudo de modelos experimentais, entender as variáveis de controle de diversos comportamentos humanos. A metodologia de estudo da análise do comportamento dá ênfase ao estudo do sujeito em suas relações estabelecidas com o ambiente onde está inserido (BANACO, 1999).

Um dado relevante na definição sobre a abordagem teórica dada pelos terapeutas que se autodenominaram comportamentais é a clareza de duas entrevistadas sobre a filosofia que embasa a análise do comportamento. Como exemplo, pode-se observar o relato da entrevistada C1<sup>3</sup>: “Eu sou terapeuta comportamental, e o que embasa a minha prática é a filosofia do behaviorismo radical, que é o comportamentalismo que foi criado por Skinner”, e o da entrevistada C2: “a prática clínica dos terapeutas comportamentais orienta-se sobre os princípios da análise do comportamento”. Contudo, a entrevistada C3 não se estendeu na resposta, afirmando somente que “É, tenho como comportamental”. Deste modo, percebe-se que de uma forma geral as respostas dos terapeutas comportamentais são condizentes com a literatura da área.

A **terapia cognitivo-comportamental**, segundo Knapp (2004), trata-se de uma psicoterapia breve, orientada para o presente, a qual apresenta os processos cognitivos como fatores desencadeantes das psicopatologias.

Em relação à concordância entre o que é descrito na literatura sobre a abordagem teórica e o conhecimento das participantes, observou-se que uma delas (C-C1) não abordou precisamente os pressupostos teóricos da teoria cognitivo-comportamental: “a abordagem cognitivo-comportamental, que busca levar o paciente a trabalhar seu comportamento juntamente com a cognição, o pensamento. Então tudo aquilo que ele pensa, a maneira como ele se comporta seja consciente da forma cognitiva juntando pensamento e comportamentos”.

Já as outras duas entrevistadas (C-C2 e C-C3) trouxeram nas suas respostas pressupostos teóricos não condizentes com a abordagem teórica que elas dizem pautar-se. A participante C-C2 afirmou:

Bom, eu sou terapeuta comportamental-cognitiva, minha prática foi sempre dentro desta abordagem, eu tive uma identificação muito grande com ela. E acabo atuando sempre com ela. Já fiz formações em outras áreas,

---

<sup>3</sup> C – Terapeuta comportamental; C-C – Terapeuta cognitivo-comportamental.

em outras linhas, mas não adianta, vira e mexe eu sempre vou lá para a minha comportamental. Porque, tipo, eu sou assim meio São Tomé, entendeu? Eu tenho que ver a coisa funcionar, e como na abordagem da análise do comportamento a gente pode mexer com o cliente, trabalhar com o cliente, isso fez com que eu me identificasse muito com a abordagem.

Já a entrevistada C-C3 afirmou:

É uma abordagem que prima pela observação, análise e a intervenção do comportamento humano e sua interação com o ambiente. É uma abordagem que privilegia a forma com que os comportamentos se manifestam, ou seja, quais contingências os estabeleceram no passado, como permanecem no presente e provavelmente também no futuro. Essa compreensão permite atuar sobre comportamentos geradores de sofrimento ou inadaptação para o indivíduo, promovendo novas formas de interação com o ambiente.

Ao final da análise dessa categoria, concluiu-se que a definição dada pelos terapeutas sobre a abordagem teórica que embasa a prática clínica, algumas vezes, pode não ser tão clara e completa como é descrito na literatura da área. Dentre as terapeutas que se autodenominaram comportamentais, as respostas, mesmo não sendo muito descritivas, não apresentaram muita discrepância em relação ao que se têm na literatura da área. Já em relação às terapeutas que se autodenominaram cognitivo-comportamentais, as respostas foram pouco claras e até mesmo confusas quanto aos pressupostos teóricos da abordagem, sendo que apenas uma delas abordou termos da área.

## 5 DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Outro objetivo deste estudo foi verificar como os terapeutas que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais definem o TOC. Dentro da análise do comportamento, variáveis ambientais relacionam-se com a instalação e a manutenção dos comportamentos obsessivo-compulsivos, sendo considerados a história de aprendizagem, os reforçadores sociais e o repertório comportamental geral. Além desses fatores ontogenéticos (referentes à história de vida de cada indivíduo), fatores filogenéticos (referentes à história da evolução da espécie) e culturais também devem ser levados em consideração, pois influenciam de forma preponderante nos comportamentos aprendidos (VERMES; ZAMIGNANI, 2002).

A entrevistada C1 abordou claramente a definição do modelo médico tradicional, encontrada em manuais como o DSM-IV, quando se referiu ao TOC como “Um transtorno de ansiedade caracterizado por um comportamento repetitivo e compulsivo que vem pra debelar uma ansiedade antecipatória que o sujeito tem em relação a alguma coisa”. Já a entrevistada C2 utilizou-se da definição da abordagem teórica quando afirmou que

O TOC é definido por o indivíduo estar sob controle de uma estimulação aversiva, para evitar aquela estimulação aversiva ele emite um comportamento. Este comportamento tem o poder de diminuir, brevemente, a aversividade da situação, mas por muito pouco tempo; o que faz com que o comportamento compulsivo tenha que se repetir numa sequência.

Assim, fica claro que o discurso da entrevista C2 esteve mais coerente com a definição do TOC proposta por sua linha teórica, enquanto que a resposta da C1 se deteve apenas na definição do modelo médico, não remetendo claramente aos conceitos propostos pela análise do comportamento.

A entrevistada C3, ao definir o TOC, trouxe pontos relacionados ao cotidiano dos pacientes e à execução dos rituais, de forma descritiva:

o TOC é um problema que interfere bastante no cotidiano das pessoas, porque dependendo do tempo que a pessoa gasta com as suas obsessões e compulsões, os rituais acabam tornando impraticável que ela seja bem sucedida em aspectos profissionais, acadêmicos e mesmo de relações interpessoais [...] E também, no TOC, eu vejo, assim, que os rituais mais frequentes estão mais relacionados à sujeira, à limpeza, à contaminação. Às vezes podem aparecer como dúvidas e preocupações excessivas que, por exemplo, a pessoa tem que sempre estar verificando se a porta está trancada, então pra sair de casa demora muito tempo, de tanto que tem que verificar se a porta esta realmente trancada.

A fala dessa entrevistada, que demonstra relação com a abordagem, seria a de que predisposições genéticas podem ser desencadeadas por fatores ambientais:

o TOC, eu defino como um problema grave, muito provavelmente associado a uma predisposição genética, às vezes com outros casos que pode ocorrer na família, e esta predisposição genética pode ser desencadeada por fatores ambientais, que exerçam em determinada etapa da vida da pessoa uma pressão maior.

Para a cognitivo-comportamental, os pacientes com TOC mantêm crenças e pensamentos errôneos, em decorrência de uma tendência de interpretar seus pensamentos de forma distorcida, assim sua estratégia compensatória é ritualizar por meio dos comportamentos compulsivos (SERRA, 2006).

Ao relatarem sobre a definição do transtorno, duas entrevistadas utilizaram descrições semelhantes às do *DSM*. A participante CC-2 menciona que o TOC tem dois aspectos importantes:

O aspecto obsessivo, que nós podemos pegar pelo padrão de comportamento que o sujeito, que o indivíduo apresenta. Ele pensa muito sobre alguma coisa de maneira repetitiva obsessiva, e junto com este pensamento ele emite um comportamento. Geralmente este transtorno tem como objetivo baixar os níveis de ansiedade, então nesses rituais que ele acredita, que ele pensa, que ele acredita, que ele repete, é repetindo aquele ritual, daí ele transforma isso em um comportamento, baixa a ansiedade dele como se algo mágico fosse acontecer.

E a entrevistada C-C3 abordou que o TOC é

um transtorno de ansiedade que envolve obsessões e/ou compulsões recorrentes, sejam elas relativas a ideias, pensamentos, imagens ou impulsos persistentes em realizar determinados atos repetitivamente ou de forma estereotipada, de modo a prejudicar ou causar sofrimento à rotina da vida diária e relações interpessoais.

Já a entrevistada C-C1 traz para a discussão um ponto relevante, apontando que o paciente com TOC “tem ciência do seu transtorno, sabe que seus pensamentos e comportamentos são errôneos, e que este transtorno afeta o seu dia a dia”. Isso vem de acordo com o que é apontado na literatura, como mostra Knapp (2004) quando afirma que o impacto do TOC é grande sobre a família, o trabalho e as atividades sociais, visto que os sintomas interferem na rotina do paciente. A participante C-C1 foi a única dentre as terapeutas cognitivo-comportamentais que abordou alguns aspectos também apontados pela sua abordagem teórica, não utilizando somente a definição do modelo médico tradicional.

A metade das participantes, ao definirem o TOC, se deteve ao modelo médico tradicional, utilizando-se de descrições topográficas para abordar o transtorno, como observado no relato das entrevistadas C1, C-C2

e C-C3. Já as entrevistadas C2 e C3 definiram o TOC dentro da abordagem teórica e, de uma forma geral, relacionaram as características do transtorno à função e contexto em que ocorrem, considerando esses fatores na aprendizagem de tal padrão comportamental, que pode ter uma base biológica.

## 6 AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Esta categoria tem como objetivo principal abordar como se dá à avaliação do TOC dentro das abordagens comportamental e cognitivo-comportamental, e se existe uma concordância entre o que é descrito na literatura da área e o conhecimento das entrevistadas sobre esse ponto. Em relação a isso, as entrevistadas retrataram com clareza como é realizada a avaliação e a contribuição dos dados obtidos para um possível diagnóstico. Contudo, remeteram-se frequentemente à avaliação do TOC segundo o modelo médico tradicional, observado em manuais, tais como o *DSM*.

Para a abordagem comportamental, o TOC é avaliado por meio do conhecimento da história de vida do paciente, bem como do levantamento de seu repertório comportamental e seus reforçadores sociais, além da investigação de muitas variáveis, não só das contingências específicas que agem sobre cada indivíduo. Desse modo, a análise funcional é um instrumento fundamental para a prática dos analistas do comportamento, a qual permeia o processo de avaliação e intervenção, permitindo um levantamento do repertório comportamental do sujeito, bem como das contingências de reforço que estão mantendo esses comportamentos. Em relação à utilização da análise funcional como instrumento fundamental na prática dos analistas do comportamento, nenhum entrevistado abordou com clareza a utilização desse instrumento para a avaliação do TOC, apenas remeteram à necessidade de realizar um levantamento do repertório comportamental.

Em relação à utilização de instrumentos padronizados, os entrevistados C2 e C3 afirmaram utilizar a escala Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) no levantamento da sintomatologia do transtorno. Para a entrevistada C2,

A avaliação do TOC é realizada através da relação entre os chamados pensamentos obsessivos e os comportamentos. Então existem alguns instrumentos padronizados para a constatação das obsessões, das compulsões e das evitações que caracterizam o transtorno. Uma delas é levantamento Y-BOCS que traz o relato dos possíveis tipos de obsessão, possíveis tipos de compulsão e possíveis formas de evitação hoje e no passado de forma que você possa ter um levantamento dos principais comportamentos a serem, a serem abordados. Dentro do tratamento você vai ter que fazer o tratamento passo a passo.

Já a entrevistada C3 enfatizou que

tenho usado uma escala de sintomas obsessivo-compulsivos, que é a escala Y-BOCS, que aparece bastante nos livros do Aristidi Cordioli. Essa escala não ajuda somente o terapeuta a ter uma boa noção das compulsões e obsessões mais frequentes, mas ajuda também o paciente. Na medida em que ele vai respondendo a escala, ele vai tendo mais claro aonde é que estão as suas áreas de problemas maiores.

Desta forma, torna-se notório que este instrumento (escala Y-BOCS) é avaliado por essas terapeutas como bastante relevante na avaliação do TOC, bem como no levantamento do repertório comportamental do cliente.

A entrevistada C1 relata a importância do levantamento dos comportamentos obsessivo-compulsivos por meio da utilização do modelo médico tradicional:

Na verdade a gente não tem muito essa preocupação de ficar classificando os transtornos, então a gente usa a mesma definição do *DSM* e do *CID-10*. Um transtorno de ansiedade caracterizado por um comportamento repetitivo e compulsivo que vem pra debelar uma ansiedade antecipatória que o sujeito tem em relação a alguma coisa.

Nos relatos das participantes pode-se perceber que, ao relatar apenas a forma como o comportamento e sentimento se apresentam, ou seja, salientar apenas a topografia, as entrevistadas, enquanto analistas do comportamento, não enfatizaram a função, aspecto esse considerado bastante relevante para tal teoria.

Para a abordagem cognitivo-comportamental, o processo de avaliação é realizado mediante uma entrevista semiestruturada, que tem por objetivo identificar os sintomas e as manifestações do TOC, bem como a história de vida do paciente e os tratamentos já realizados (KNAPP, 2004). Em relação à avaliação, a entrevistada C-C2 deu ênfase à história de vida do paciente e à grande influência desta sobre os pensamentos e os comportamentos do sujeito. Ao relatar sobre o processo de avaliação afirma que “Geralmente o TOC quando você vai avaliar e fazer o levantamento do histórico [...] você vai encontrar nos dados de criação dele, no histórico de desenvolvimento desse sujeito, daquela criança um padrão de cobrança muito sério”.

A ênfase na farmacologia e/ou nos critérios diagnósticos do *DSM* permeou o discurso das entrevistadas C-C1 e C-C3. A entrevistada C-C1 destacou a importância da avaliação psiquiátrica e da utilização de medicamentos juntamente com a psicoterapia “Então, em algum momento, é claro, se for necessário, a gente pede a avaliação do psiquiatra, e claro que se o paciente tem um transtorno definido, ele está realizando o tratamento medicamentoso, e este tem que ser paralelo à psicoterapia.” E a entrevistada C-C3 afirmou: “É um transtorno de ansiedade que envolve obsessões e/ou compulsões recorrentes, sejam elas relativas a ideias, pensamentos, imagens ou impulsos persistentes em realizar determinados atos repetitivamente ou de forma estereotipada, de modo a prejudicar ou causar sofrimento à rotina da vida diária e relações interpessoais.”

Desse modo, durante o processo de avaliação do TOC, é notório que algumas terapeutas que se autodenominaram cognitivo-comportamentais remeteram-se ao modelo médico, como foi o caso das participantes C-C1 e C-C3. A outra entrevistada C-C2 deu ênfase à história de vida do sujeito e como esta tem influência sobre seus pensamentos e comportamentos, embasando, dessa forma, a resposta dentro da sua abordagem teórica.

## **7 TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)**

Esta categoria pretende discutir como é realizado o tratamento do TOC pelos terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais, a fim de verificar se existe concordância entre o que é descrito na literatura e o conhecimento desses profissionais.

No tratamento do TOC, a abordagem comportamental utiliza estratégias dirigidas à diminuição da ansiedade, tais como a exposição e a prevenção de respostas, além da análise funcional que permeia todo processo terapêutico. Barlow (1999) aponta que a técnica de exposição de respostas consiste em exposições prolongadas e repetidas dos clientes a situações que provocam desconforto e intrusões para absterem-se da ritualização utilizada. E a técnica de prevenção de respostas tem como principal objetivo fazer com

que o paciente reduza os impulsos para ritualizar e, desse modo, os pacientes são instruídos a refrear todo comportamento ritualístico durante o período de tratamento.

No decorrer das entrevistas, esta categoria demonstrou ser a mais rica em detalhes quanto à correlação entre o que é descrito na literatura e o conhecimento desses profissionais. Nesta categoria percebe-se claramente a relação da teoria e da prática, pois ao relatarem seu conhecimento sobre o tratamento, geralmente também descrevem como tratam o TOC, as técnicas utilizadas e a aplicação prática destas.

As entrevistadas C2 e C3 enfatizaram as técnicas de exposição e a prevenção de respostas. A entrevistada C3 citou as técnicas quando afirmou “Bom, também eu procuro seguir depois dessa primeira fase de informação, o esquema de prevenção e exposição de resposta”. A entrevistada C2 explica de forma objetiva a técnica de prevenção de respostas: “na prevenção de resposta o cliente deixa de efetivar o ato compulsivo e passa a discriminar que ele não é necessário”. Além disso, acrescenta:

[...] o tratamento é realizado pela intervenção nas compulsões e nas ideias obsessivas que fazem com que as compulsões sejam necessárias. Então você vai trabalhar com os comportamentos encobertos, que são os pensamentos que podem ser antecedentes para os comportamentos e também diretamente com os comportamentos, fazendo com que o cliente enfrente a ansiedade sem realizar a compulsão porque assim ele vai ter a experiência que mesmo sem fazer o ato compulsivo, aquilo que o pensamento antecipava não ocorre.

Outro ponto a ser destacado é a utilização da análise funcional. A entrevistada C1 foi a única que apontou este instrumento como fundamental no processo terapêutico: “eu ajudo o cliente a fazer uma análise funcional pra ver o que é o antecedente e o conseqüente nesta cadeia de respostas”. Além disso, foi a única a enfatizar que a análise funcional pode ser ensinada ao cliente durante o processo, auxiliando-o a compreender a função de determinados comportamentos.

As entrevistadas C2 e C3 referiram-se a outra forma de intervenção: o processo de hierarquização das queixas, no qual se trabalha com a hierarquização dos comportamentos que causam menos ansiedade para aqueles causadores de maior ansiedade. Segundo a entrevistada C2, “Você vai montar uma hierarquia dos comportamentos que tem menos força de resposta para os que têm mais força de resposta, e vai começar passo a passo, trabalhando comportamento por comportamento”, e a C3 enfatiza: “você vai construindo junto com o paciente uma lista de sintomas e planejando gradativamente com ele o que ele considera gerador de mais ou de menos ansiedade”.

Em relação ao tratamento, a abordagem cognitivo-comportamental propõe que interpretações distorcidas são as responsáveis pelo fato de determinados pensamentos intrusivos assumirem um significado especial para o indivíduo, ativando pensamentos automáticos de natureza negativa ou catastrófica e emoções desagradáveis. Desse modo, no tratamento, de acordo com Beck (1997), a TCC ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, ajudando a focalizar um problema específico, identificar seu pensamento disfuncional, avaliar a finalidade de seu pensamento e projetar um plano de ação.

Em relação ao tratamento, as respostas das terapeutas que se autodenominaram cognitivo-comportamentais foram, de modo geral, sem muitas explicações, relatando apenas alguns aspectos referentes à teoria.

A participante C-C1 traz um ponto fundamental no tratamento que é a avaliação por parte do próprio paciente sobre seus pensamentos errôneos, pois, segundo ela, “Você orienta o paciente para que ele observe o comportamento repetitivo e que relate o que isto lhe trás de sofrimento, o que ele pensa em relação a isso”. Esse é um aspecto relevante dentro da terapia cognitivo-comportamental, pois, segundo Knapp (2004), o que se pensa sobre os fatos está diretamente ligado à forma como os indivíduos se comportam frente às situações.

A entrevistada C-C2, mesmo não abordando o tratamento de acordo com sua abordagem teórica, traz um aspecto dessa interpelação que se refere à importância de se considerar a singularidade, as peculiaridades de cada sujeito – o que fica claro quando menciona “é claro que cada sujeito é um sujeito, cada história é uma história. Se o sujeito tem uma história, a vida inteira ele teve padrões obsessivos, você vai ter que avaliar de um jeito, de uma determinada maneira”.

Quanto à entrevistada C-C3, apesar de remeter-se a algumas técnicas utilizadas pela abordagem cognitivo-comportamental, como é o caso das técnicas de exposição gradativa e readequação das crenças disfuncionais e modelação, sua resposta foi confusa, pois não respondeu a questão apenas dentro da abordagem teórica que diz pautar-se, ou de forma a explicar esses procedimentos conforme sua área:

Análise dos comportamentos ou ideias envolvidos com a ansiedade e conteúdo das obsessões e/ou compulsões. Treinamento de identificação dos sintomas; hierarquização dos sintomas de acordo com o tipo de ansiedade associada; técnicas de exposição gradativa e de readequação de crenças disfuncionais; modelação; prevenção de recaídas etc.

Assim, percebe-se em tal relato que, por exemplo, as técnicas análise dos comportamentos e hierarquização dos sintomas são mais citadas pela abordagem comportamental.

Ao longo desta categoria, pode-se perceber que o conhecimento teórico de terapeutas que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais nem sempre está de acordo com a literatura da área, visto que algumas respostas foram imprecisas e não remeteram de forma completa aos aspectos básicos das teorias. Outro ponto relevante encontrado no decorrer da análise das entrevistas é que as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental baseiam-se em diferentes pressupostos teóricos. Enquanto a abordagem comportamental entende o homem a partir da análise dos comportamentos, na interação do organismo com o ambiente, a abordagem cognitivo-comportamental compreende, basicamente, o homem através de seus processos cognitivos. De acordo com Serra (2006), uma diferença marcante, melhor entendida como incompatibilidade filosófica, refere-se ao conceito de cognição, que, para o behaviorista, constitui um comportamento encoberto e para o cognitivista, constitui um evento mental. Assim, percebe-se que, como consequência, cada tratamento se embasa em diferentes pressupostos e, portanto, apresenta diferentes alvos de intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi verificar se a compreensão de terapeutas que se autodenominaram comportamentais e cognitivo-comportamentais acerca do TOC: definição, avaliação e tratamento, estava de acordo com o que era descrito na literatura de cada uma das áreas e a prática profissional relacionada. A importância da utilização de um referencial teórico embasando a prática clínica dos terapeutas é fundamental, visto que nem a teoria, nem a prática por si só oferecem um apoio suficientemente seguro, é preciso que haja uma relação entre elas.

Ao longo da pesquisa verificou-se que cada terapeuta apresenta suas próprias particularidades, pois ao responderem as questões da pesquisa demonstraram formas diversificadas de entendimento sobre a definição, avaliação e tratamento do TOC dentro de sua abordagem teórica. Entretanto, por ser uma pesquisa com uma pequena amostra, dotada de especificidades, faz-se necessária a realização de mais estudos avaliando esta questão, devido à importância de se verificar se o que é conhecido e, conseqüentemente colocado em prática pelos terapeutas, está de acordo com um conhecimento teórico sólido.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BANACO, R. A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: KERBAUY, R. R.; WIELENSKA, R. C. **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes, 1999. v. 4. p. 75-82.
- BANACO, R. A. Autorregras e patologia comportamental. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: Arbytes, 1997. v. 3. p. 75-82.
- BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- FRIEDBERG, R. D., McLURE, J. N. A prática clínica da **terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- GRAÑA, L. Y; BAYÓN, D. N. Modelo Psicopatológico y tratamiento de un caso con un transtorno obsesivo-compulsivo. **Psicología Conductual**, Madrid, v. 8, n. 1, p. 117-146, 2000.
- KAPLAN, H. I. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- KERBAUY, R. R. Terapia comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 195-212, 1996.
- KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MEYER, S. B. Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental? In: ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOLOGIA, 4., 1990. Londrina. **Anais...** Londrina: Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região, 1990. p. 195-200.
- MEYER, S. B. Análise Funcional do Comportamento. In: COSTA, C. E. et al. (Org.). **Primeiros passos em análise do comportamento**. Santo André: Esetec, 2003. p. 30-57.
- PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 262-270, set. 2006.
- SERRA, A. M. Estudo da terapia cognitiva: um novo conceito em psicoterapia. **Psicologia Brasil**, São Paulo, v. 4, n. 31, maio 2006. Disponível em: <[http://www.itcbr.com/hotsite/pdf/terapiacognitiva\\_mod4.pdf](http://www.itcbr.com/hotsite/pdf/terapiacognitiva_mod4.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2016.
- SHINOHARA, H. O. O modelo cognitivo da ansiedade e seus transtornos. In: GUILHARDI, H.; MADI, M. B.; QUEIROZ, P.; SCOZ, M. C. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: Esetec, 2001. v. 7. p. 83-88.
- TORRES, A. R. O que é transtorno obsessivo compulsivo? In: ZAMIGNANI, D. R.; LABATE, M. C. S. (Org.). **A vida em outras cores: superando o transtorno obsessivo-compulsivo e a síndrome de tourette**. Santo André: Esetec, 2002. p. 25-33.



VERMES, J. S.; ZAMIGNANI, D. R. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo compulsivo: estratégias em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 135-147, 2002.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO. Lavar... Arrumar... Contar... Quando as manias se tornam um problema. In: BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE F. C. S.; MEZZAROBBA, S. M. B. (Org.). **Comportamento humano: tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor**. Santo André: Esetec, 2003. p. 100-128.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZAMIGNANI, D.; VERMES, J. S. Propostas analítico comportamentais para o manejo de transtorno de ansiedade: análise de casos clínicos. In: SADI, H. M.; CASTRO, N. M. S. **Ciência do comportamento: conhecer e avançar**. Santo André: Esetec, 2003. p. 12-36.

