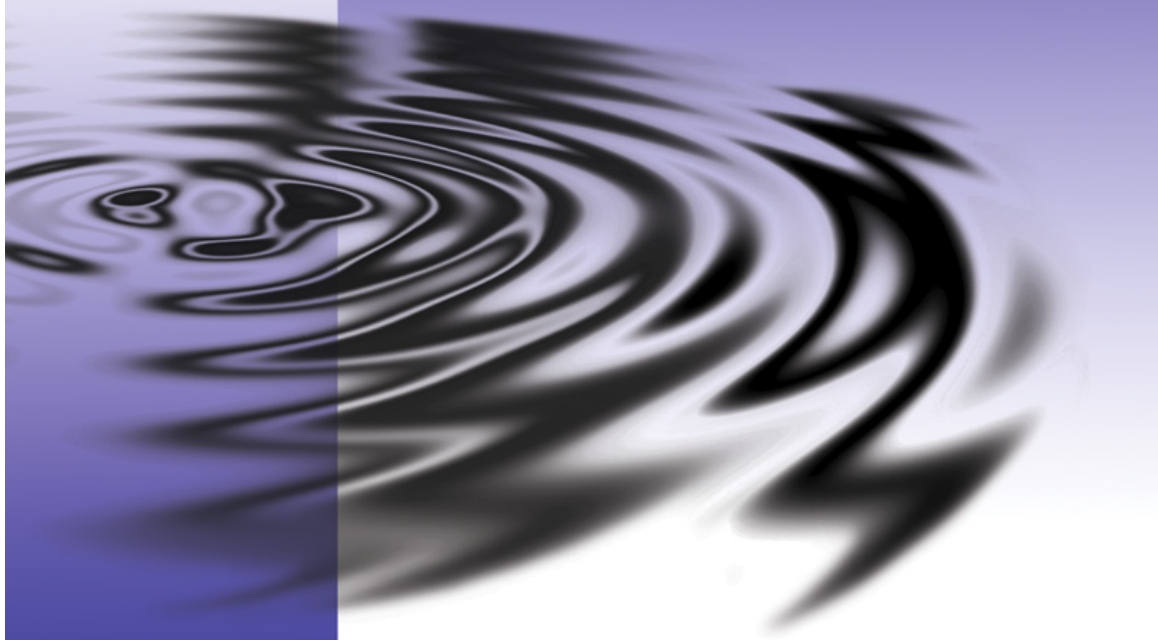


1

Revista
PSICOLOG

Ano 1 Vol. 1



INSTITUTO
DE ESTUDOS
DO COMPORTAMENTO

www.psicolog.com.br

Revista Psicolog
Volume 1 Número 1

Editores

Carlos Henrique da Costa Tucci e Andreza Cristiana Ribeiro

Ribeirão Preto - SP - Brasil 2008

Colecionismo: fronteiras entre o normal e o patológico

Mónica Ferreira Gomes Aires Oliveira, Regina Christina Wielenska

Abstract. *Compulsive hoarding (CH) is a behavior pattern characterized by the cluttering of excessive amount of objects without utilitarian or economical value, accompanied by extreme difficulty to discard those objects, with adverse consequences to the quality of life of the affected individual. The present article aims to: distinguish between CH and normal behaviors; present current classifications of CH, its comorbidities and biological basis; present pharmacological treatment and emphasize psychological interventions proposed by behavior and cognitive theoretical approaches for therapy.*

Key-words: *compulsive hoarding, compulsion, behavior therapy, cognitive therapy.*

Resumo. *O colecionismo patológico (CP) é um padrão comportamental caracterizado pelo acúmulo de quantidades excessivas de itens com pouco ou nenhum valor utilitário ou material, com dificuldade para fazer o descarte destes mesmos objetos, resultando, ao longo do tempo, prejuízo da qualidade de vida do indivíduo. O artigo se propõe a: estabelecer a distinção entre o CP e o comportamento de colecionar, validado socialmente; apresentar as classificações atuais do transtorno, suas comorbidades e bases biológicas; descrever topográfica e funcionalmente o CP; apresentar as propostas terapêuticas farmacológicas e enfatizar terapias psicológicas baseadas nos fundamentos teóricos das abordagens comportamental e cognitiva.*

Palavras-chave: *colecionismo patológico, compulsão, terapia comportamental, terapia cognitiva.*

O colecionismo é considerado um interesse em comum. comportamento normal na infância e na idade adulta (Greenberg, Witztum e Levy, 1990). Não raramente, encontramos adultos que colecionam objetos relacionados a temas de seu interesse (por exemplo, miniaturas de carros de corrida, chaveiros de times de futebol, caixas de fósforos de hotéis e restaurantes, etc.). Crianças guardam seus desenhos e trabalhos de arte, armazenam objetos (como rochas, folhas, bolinhas de gude), colecionam álbum de figurinhas, entre outras possibilidades. São padrões de comportamento que não prejudicam o funcionamento global do indivíduo, possuem função de entretenimento, socialização e convívio entre pessoas com

Por outro lado, no colecionismo patológico (CP) verifica-se que a coleta, ordenação e disposição de objetos constituintes da coleção ocorrem sem que o indivíduo tenha claro entendimento dos motivos de seu comportamento, com pouco ou nenhum controle sobre o comportamento de colecionar. Hartl e Frost (1996) sinalizaram a escassez da literatura acerca do CP, a despeito de sua relevância como fenômeno clínico. No intuito de suprir essa lacuna e facilitar a pesquisa e intervenção, propuseram um modelo Cognitivo-Comportamental do CP.

Segundo o modelo de Frost e Hartl (1996), o CP é conceitualizado como um problema multifacetado, associado a déficits no processamento de informações, na formação de vínculo emocional, com esquivas comportamentais, e controle por crenças errôneas acerca da função e significado dos objetos, fatores que influenciam os comportamentos de armazenar e descartar. Evidências anedóticas sugerem que crenças sobre memória, vínculo, controle e responsabilidade são especialmente importantes no desenvolvimento e manutenção de comportamentos de CP.

Classificações e subtipos clínicos

Frost, Steketee e Williams (2000) subdividem o colecionismo em CP de objetos, colecionismo de animais e síndrome de Diógenes. O CP de objetos caracteriza-se pela emissão de comportamentos de aquisição (comprar ou recolher/coletar), armazenamento (saving, no original) sob controle de razões sentimentais, instrumentais, intrínsecas e, por fim, comportamentos de acumular e tentativas frustradas de organizar. Este padrão comportamental complexo é acompanhado por sentimentos de indecisão, preocupação de manter o acúmulo fora de vista, grande sofrimento e prejuízos. O colecionismo de animais é o subtipo com maior gravidade e pior prognóstico de tratamento. A síndrome de Diógenes (SD) foi descrita pela primeira vez na psiquiatria em 1975 (Hanon, Pinquier, Gladdour, Said, Mathis e Pellerin, 2004). Esta síndrome envolve a ocorrência simultânea de extremo descuido pessoal, imundície doméstica e marcante retraimento social. Considera-se que a presença de CP uma pista útil para formulação do diagnóstico da SD (Montero-Odasso, Shapira, Duque, Chercovsky, Fernandez-Otero, Kaplan e Camera, 2005).

Seedat e Stein (2002), como os demais autores, também caracterizaram o CP como o comportamento de acumular quantidades excessivas de itens com pouco ou nenhum valor utilitário ou material, com dificuldade para fazer o descarte destes mesmos objetos, resultando, ao longo do tempo, em inúmeros problemas para o indivíduo.

Vale notar que na língua inglesa, no contexto psiquiátrico, denomina-se “hoarding” ao comportamento patológico de acumular, desorganizadamente, grande quantidade de objetos. Em Português não há consenso de nomenclatura; o termo colecionismo é utilizado tanto para descrever comportamentos considerados saudáveis quanto os comportamentos patológicos, caracterizados por compulsão para a aquisição e/ou armazenamento de objetos sem funcionalidade aparente. Dentro do contexto de língua inglesa, Neziroglu, Bublick e Tobias (2004) salientam que o comportamento de colecionar não é necessariamente sinônimo de CP. Segundo eles, os colecionadores não-patológicos geralmente sentem orgulho de suas posses e consideram agradável mostrá-las aos demais, enquanto que no CP ocorre o oposto. Não raramente, os portadores sentem vergonha de seus pertences mal armazenados, tentam dissuadir as pessoas de visitarem suas casas, buscam esconder objetos e dissimular suas compulsões.

De modo sintético, pode-se afirmar que o colecionismo não-patológico envolveria a interação prazerosa com uma classe específica de objetos cujas características físicas ou funcionais são consideradas especiais pelos aficionados naqueles objetos. Colecionar é, geralmente, um comportamento socialmente reforçado.

Por sua vez, o comportamento de

“hoarding”, aqui denominado como CP, difere do colecionismo não patológico por apresentar um aspecto compulsivo; há pouco ou nenhum controle sobre a tendência a armazenar indiscriminadamente. O sofrimento a médio e longo prazo compete com o alívio imediato. Torna-se extremamente difícil o convívio social. O indivíduo sofre por colecionar, e também quando é incitado a se desfazer dos objetos que acumula compulsivamente. O portador permanece sob a influência de um conflito esquivo-esquiva: ao coletar e armazenar atenua a aversividade da compulsão (palavra que nomeia resumidamente um complexo estado privado, eliciado por contingências aversivas). Em decorrência dos excessos comportamentais, o indivíduo passa a ser rejeitado pelas pessoas (devido à sujeira, bagunça, despesas, mentiras, etc.) e permanece sob contingências aversivas de natureza interpessoal: teria que se desfazer dos objetos para ser aceito e conviver com os outros. Assim, perpetua-se a conflituosa alternância entre adquirir e armazenar (ou seja, uma resposta que aliviaria a compulsão) ou sofrer muito com o descarte de objetos, no intuito de se reconciliar com os outros.

Frost e Hartl (1996) descrevem três características clinicamente significativas, distintas do CP:

1. aquisição excessiva (compra ou coleta) associada à incapacidade para descartar uma grande quantidade de objetos com questionável valor;
2. viver em espaços com acúmulo expressivo de objetos, o que impede o uso funcional do espaço físico,
3. sofrimento significativo ou prejuízo para a convivência social devido aos comportamentos de CP.

Para Frost, Steketee e Grisman (2004), tal definição contempla os três

sintomas-chave e o desconforto associado aos mesmos. Ou seja, uma definição mais completa de CP necessariamente precisa referir-se à aquisição excessiva, à dificuldade no descarte de objetos e, por último, ao acúmulo que impossibilita o uso dos espaços habitáveis.

Frost, Steketee e Kyrios (2003) estabeleceram uma distinção entre os sintomas de CP e as crenças que podem vir associadas aos mesmos. Os comportamentos de CP possuem múltiplas determinações e sua intensidade pode variar, em função da influência exercida por certos tipos de crenças e déficits de processamento de informação, que geram o medo excessivo no momento da tomada de decisões sobre aquisição e/ou descarte de objetos. A este respeito, Frost e cols. (2003) afirmam que os portadores de CP poderão apresentar as seguintes características:

- Déficits no processamento de informação: inabilidade para dispensar atenção a aspectos relevantes do ambiente, categorizar objetos, recuperar a lembrança de eventos relevantes e tomar decisões.
- Problemas no vínculo emocional com outras pessoas: dependência, fobia social e isolamento.
- Problemas no vínculo emocional com objetos: medo de jogar algo fora e de sentir remorso depois, culpa por não recolher um objeto disponível e sentimentalismo frente aos objetos são emoções que permeiam as ações do portador.
- Crenças distorcidas sobre a natureza dos pertences: atribui-se excessiva importância emocional aos objetos. Há pacientes que acreditam que a memória acerca da história de vida dependa necessariamente do armazenamento de todos os obje-

tos associados a cada evento, vivem intensa sensação de responsabilidade pessoal e autoculpabilização por desperdício ou descarte de recursos. Para eles, o perfeccionismo e controle são metas obrigatórias, o risco de incompletude precisaria ser afastado a qualquer preço.

- Comportamentos de esquiva: a perspectiva de errar na decisão gera intenso desconforto, favorece fugas e esquivas. Ao ater-se a aspectos pouco relevantes, reexamina sucessivamente as mais improváveis possibilidades, o que interfere sobre a emissão de comportamentos relacionados ao CP e a outros aspectos da vida.

Condições associadas e comorbidades psiquiátricas

O CP é considerado um transtorno progressivo crônico e pouco se conhece sobre o curso dos sintomas.

Para Neziroglu e cols.. (2004), o CP pode ocorrer isoladamente, dissociado de outro transtorno, ou apresentar-se como um sintoma de outros quadros psiquiátricos, como o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou demência. Um estudo de Samuels, Bienvenu, Riddle e cols. (2002) encontrou evidências de que pacientes com CP frequentemente apresentam formas mais graves de TOC, um indício de que o CP poderia constituir-se num sub-tipo de TOC. Este ponto de vista é corroborado por Campos, Mercadante, Quarantini e Veiga (2004), que não hesitam em classificar assim o CP, a despeito desta posição não ser consensual na literatura.

De qualquer modo, o CP é citado uma vez no DSM IV-TR, como sintoma ou critério diagnóstico (uma forma de com-

pulsão) para Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC), e também é genericamente associado ao TOC, posição esta defendida por Frost, Steketee, Williams e cols. (2000), Seedat e Stein (2002), Samuels, Bienvenu, Riddle e cols. (2002), e Neziroglu e cols. (2004).

Maier (2004) conceitualiza o CP como um padrão comportamental complexo, que pode estar associado a diferentes transtornos mentais. Com estrutura psicopatológica variada, seria composto por elementos de TOC, Transtorno de Controle dos Impulsos e comportamentos ritualísticos. Para o autor, a grave negligência com os cuidados pessoais da SD poderia, na verdade, ser conseqüência do CP.

Um estudo de Hartl e cols. (2005) relaciona o CP com história pregressa de trauma e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Indivíduos com CP relatam maior exposição a eventos traumáticos, mais sintomas de distração/hiperatividade e maior sensação de conforto relacionado à manutenção/ampliação de posses.

Samuels e cols. (2002) demonstraram que indivíduos com CP têm maior prevalência de obsessões de simetria e compulsões de contagem e ordenação. Esses padrões comportamentais comórbidos, em algum momento anterior, podem ter auxiliado a coleta e armazenagem compulsivas. Há também maior prevalência de Fobia Social, Transtornos de Personalidade e comportamentos patológicos de grooming (roer unhas, beliscar a pele, tricotilomania). Para Neziroglu e cols. (2004), psicoses, demência do tipo Alzheimer, transtornos alimentares (como pica e síndrome de Prader-Willi) podem cursar paralelamente ao CP, apesar de bastante (acho que vale a pena tirar o bastante) menos freqüentes, se comparados

ao transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, TOC e depressão. Para estes autores, reconhecer e tratar inicialmente o CP aliviaria a angústia dos portadores de comorbidades e facilitaria o tratamento subsequente dos demais transtornos.

Outro estudo, realizado por Grisham, Frost e Steketee (2004), sugere que o CP pode se manifestar como um fenômeno de início precoce, ou surgir tardiamente, como reação ao stress ou a perdas. Na 3ª idade, o CP relaciona-se ao economizar dinheiro, aproveitar promoções, evitar desperdícios. Poderia decorrer da solidão e, neste caso, o isolamento social seria amenizado pelo conforto trazido pela posse dos objetos acumulados. Outra possibilidade a considerar seria a presença de paranóia e/ou de rituais de verificação e limpeza que impossibilitariam descartar o lixo.

Aspectos biológicos

O circuito estriato-tálamo-cortical é considerado um dos modelos anatômicos para o TOC e talvez esteja igualmente envolvido no CP. Neziroglu e cols. (2004) sugerem haver similaridade neuroquímica na correlação anatômica entre TOC e CP.

Um estudo de Saxena, Brody, Maidment e cols. (2004) mostrou que indivíduos com TOC e sintomas de CP, comparados com indivíduos com TOC sem sintomas de CP, tinham níveis significativamente mais baixos de metabolismo de glicose no giro cingulado e no cuneus cingulado posterior. Devido aos diferentes padrões cerebrais de metabolismo de glicose é possível conceber o CP como um subgrupo neurobiologicamente distinto ou uma variante de TOC. Num estudo de Anderson, Damásio e Damásio (2005), as evidências sugerem

que nos indivíduos com CP, lesões na região mesofrontal desregulem o mecanismo que normalmente modula o nível subcortical responsável pela predisposição em adquirir e colecionar.

Variáveis ambientais e sua relação como o CP

Numa perspectiva psicossocial, convém atentar para o fato de que nossa sociedade dá grande ênfase à aquisição e posse de bens de consumo supérfluos, e que não valoriza igualmente a pessoa que é menos afeita ou impossibilitada de consumir. Tal análise se contrapõe aos primórdios da história da espécie, quando dependíamos estritamente, para sobreviver, da coleta, produção e posse de certos bens de inestimável valor para a espécie (alimento, abrigo, fogo, pele, etc.). Colecionadores patológicos sofrem a influência da mídia impressa e eletrônica (que os incita a consumir sempre algo novo e supostamente melhor, como promessas de sucesso, bem estar e aceitação social), como também da história passada da espécie, a qual precisava garantir ferozmente a manutenção de suas mínimas posses, uma questão de vida ou morte.

A literatura fornece outras pistas sobre aspectos distintivos dos portadores de CP. Neziroglu e cols. (2004) consideram que a principal diferença entre indivíduos com e sem diagnóstico de CP é a quantidade (volume) de itens que acumulam, e não os itens entre si. Humanos em geral acumulam classes aproximadamente similares de objetos. No entanto, portadores de CP se excedem no volume de material acumulado e não são capazes de manejá-los adequadamente. Resta-nos, portanto, a tarefa de entender sob quais condições desenvolve-se e mantém-se o excesso com-

portamental que caracteriza o CP.

Furby (1978) descreve uma condição de *Sentimental saving*, em que a pessoa busca preservar objetos que estiveram presentes quando foi eliciada determinada emoção positiva num contexto passado. Assim, são acumulados objetos desnecessários, sem função prática, sob a justificativa de que os mesmos equivalem a um evento relevante do passado. Numa linguagem comportamental, os objetos assumem a função de eliciadores condicionados de estados corporais similares ao da emoção positiva original e de estímulos discriminativos evocadores de comportamentos verbais e não verbais capazes de produzir reforços. O operante “manter a posse do objeto aparentemente inútil” seria reforçado porque possibilita ao indivíduo reviver aquela emoção e recordar o contexto passado. Ao manipular uma caixinha vazia de goma de mascar, a paciente revive as emoções do encontro com o namorado, quando a caixinha foi aberta e a goma de mascar foi partilhada pelo casal. O problema é que todas as caixinhas passam a ganhar espaço e importância, substituindo a relação interpessoal ou preenchendo sua eventual ausência.

Outro fenômeno, ligeiramente diferente, é o *Instrumental saving* (termo sem tradução consensual), que ocorre quando a pessoa guarda um item porque este poderá, ainda que remotamente, ter utilidade no futuro. A pessoa procura atenuar ou remover uma sensação de insegurança frente ao futuro. Sente que precisa agir com cautela excessiva no presente, de modo a evitar privações. Colecionadores patológicos tendem a hiperestimar a probabilidade de que venham a necessitar dos itens. E, ao mesmo tempo, subestimam sua habilidade de lidar com uma eventual escassez de recursos. Na concepção com-

portamental, o portador fica sob forte controle de eventos aversivos com probabilidade remota de ocorrência. Para se afastar da estimulação aversiva, acumula os objetos e sente-se melhor. São comportamentos prejudiciais, mas reforçados negativamente pela imediata remoção temporária da sensação condicionada de perigo.

Um terceiro padrão, denominado originalmente *Saving Aesthetic Value*, caracteriza-se pelo comportamento de guardar objetos devido ao seu aspecto invulgar, raro, sendo este um fenômeno menos comum do que as demais. O problema se estabelece quando se junta uma enorme quantidade de objetos raros, o que dá origem ao acúmulo. Uma possível demonstração de refinamento ou apuro estético, comportamento muitas vezes reforçado socialmente, se transforma em constante estimulação aversiva: qualquer objeto é visto como merecedor de lugar de destaque na coleção. Esta é uma armadilha propiciada pela variabilidade do comportamento verbal, a pessoa sempre conseguirá descrever cada objeto como único, especial, e assim justifica que este seja incorporado à sua confusa coleção.

Neziroglu e cols. (2004) buscaram identificar os controles do comportamento de CP com base em argumentos fornecidos por portadores:

- Medo de perder informação: colecionadores patológicos frequentemente acreditam que ao descartar o objeto irão perder informação essencial para uso prático ou formação intelectual. Assim, acumulam revistas, papéis, jornais, etc.. Este tipo de comportamento refere-se ao medo de perder alguma informação relevante, fenômeno similar ao instrumental saving. Aqui, a

diferença é que os indivíduos estabelecem para si que não podem jogar fora qualquer informação escrita, sem antes terem chance de ler, compreender e memorizar tudo. Assim, justificam a guarda de jornais, revistas e outros papéis sob a alegação de eles poderão ser necessários no futuro.

- Indecisão: Muitos colecionadores patológicos são indecisos (Warren e Ostrom, 1998) e provavelmente ficam ansiosos ou desconfortáveis perante a ocasião de ter que decidir quanto à conveniência de descartar algo. Podem procrastinar indefinidamente, pois para eles fazer escolhas é função de excessiva responsabilidade. Permanecer na indecisão funciona como fuga e esquivia de emoções de culpa, arrependimento e remorso, emoções antecipadas pela imaginação e delineadas com contornos catastróficos. A esquivia experiencial propicia um estado temporário de alívio. **Com o tempo, o indivíduo descobre que não consegue mais decidir devido ao volume incontrolável de objetos acumulados.**
- Medo de cometer erros: Warren e Ostrom (1998) sugerem que colecionadores patológicos tendem a pensar que não estão prevenidos para o futuro e temem cometer erros como má distribuição/classificação dos objetos, acidentalmente jogar fora algo importante ou não descobrir o local perfeito para armazenar cada objeto.
- Incapacidade de priorizar: muitas vezes, a combinação entre indecisão, medo de errar e o volume de objetos impossibilita priorizar tarefas. Para os portadores, todas as tarefas são igualmente importantes e por tal motivo não decidem por

onde começar. Sentem-se mal, evitam tomar a decisão e ficam deprimidos (uma supressão comportamental). Para muitos, a dificuldade de priorizar leva à procrastinação, comportamento provavelmente reforçado negativamente a curto prazo e depois punido.

- Medo da perda de memória: como já foi mencionado, dentro do CP parece existir uma ligação entre medo, acúmulo de objetos e funções de memória. Para Frost e Hartl (1996), estes indivíduos têm tendência a pensar que um objeto fora do campo de visão estará necessariamente longe da memória e, muitas vezes, acumulam coisas para se lembrarem melhor dos seus pertences ou dos estímulos pareados a estes objetos. A maioria dos colecionadores compulsivos não apresenta alterações de memória, apenas desconfiam de sua própria capacidade de reter informações e atribuem a objetos específicos sua absoluta função evocativa.
- Dificuldades de organização: muitos colecionadores patológicos parecem ter problemas com categorização e **desenvolvem pilhas sem fim de itens similares, ou por acreditarem que todos os objetos diferem entre si e formam classes de um só membro**, ou por julgarem que todos são tão parecidos e devem compor uma massa indistinta de objetos.

Um fenômeno importante, denominado churning em Inglês, foi descrito por Frost e Steketee (1998). Ele ocorre quando o indivíduo perde a noção do que estava a organizar, alterna de uma atividade para outra, sem terminar qualquer uma delas e se torna progressivamente mais ansioso ao longo do processo. Ao fim do dia, sente-se exausto e tudo permanece desarrumado. Comportamentos de “pular de galho em

galho, sem critério algum” (os pacientes se descrevem deste modo) alteram o humor, extenuam o indivíduo e irritam familiares.

A busca de ajuda profissional

Segundo Seedat e Stein (2002), em função da necessidade de manter o CP em segredo, ocorre significativo atraso no início do tratamento, agravando os prejuízos. A busca de ajuda profissional ocorre em meio à relutância, vergonha e medo de exposição. Geralmente, os portadores de CP (inclusive aqueles com crítica parcial de sua condição mórbida) buscam ajuda profissional devido a:

- Questões de qualidade de vida: perda da funcionalidade do espaço físico disponível, condições insalubres e arriscadas. Deve-se ressaltar, aliás, que a aquisição de novos espaços para armazenar prejudica a remissão do quadro clínico.
- Envolvimento com o sistema legal: muitos colecionadores patológicos compulsivos passam por divórcio e perda da custódia dos filhos. Infelizmente, é comum que portadores de CP tenham problemas com a inspeção sanitária. São conhecidos alguns casos, divulgados pela mídia impressa ou eletrônica, em que vizinhos fizeram denúncias às autoridades sanitárias por não mais suportarem o mau cheiro, a presença de insetos e a desordem. Num estudo comunitário de Frost, Steketee e Williams (2000), apenas metade dos indivíduos da amostra reconhecia a falta de condições sanitárias nas suas casas e menos de um terço estava disposto a cooperar de forma a resolver as queixas.
- Impacto do CP sobre a família: por vezes, colecionadores patológicos acreditam fortemente na neces-

sidade de possuir tantos itens e de viver na confusão. Eles se adaptam em meio ao caos, e não conseguem entender como que o outro familiar pode sentir ou pensar diferente e preferir mais conforto. Muitas das justificativas não fazem sentido para os membros da família, que perdem o poder de opinião. Registra-se o aumento das emoções negativas, em função do viver em meio à bagunça e restrição do espaço funcional. Essas emoções poderão levar a comportamentos extremos como o de jogar fora objetos na ausência e sem o consentimento do portador de CP.

Mais tarde, ao se aperceber da situação, sente-se violado, traído, perdendo a confiança nos familiares. Em alguns casos, isto poderá favorecer a paranóia e levar o indivíduo a guardar seus pertences de forma mais segura, fonte adicional de frustrações, desentendimentos, e desgaste dos relacionamentos. Separações e divórcios terminam em batalhas litigiosas e, pela dificuldade em lidar com tal consequência, colecionadores patológicos tendem a voltar-se para os seus pertences, piorando sua condição. É bastante comum que familiares de colecionadores patológicos busquem tratamentos para si próprios. Há sempre o risco de outros familiares desenvolverem colecionismo patológico (Neziroglu e cols., 2004).

- Problemas financeiros: o CP poderá afetar as finanças. Na medida em que cresce a vontade de adquirir mais itens, o indivíduo poderá comprar objetos sem considerar o seu custo. Por vezes, os colecionadores patológicos compram ou alugam espaços para acomodar o que compram ou coletam. Deste modo, as

despesas tendem a crescer. E, sem controle eficaz, originam-se dívidas significativas e mesmo falências.

Não é tarefa simples convencer um colecionador patológico resistente da necessidade do tratamento. Neziroglu e cols. (2004) sugerem a técnica denominada intervenção (intervention, no original), adaptada das estratégias de mesmo nome usadas para lidar com abusadores de substâncias. Frequentemente, os familiares fazem várias consultas com o profissional antes de realmente implantar a intervenção, já que esta é uma oportunidade única, a ser feita de modo eficaz, afetivo e assertivo para tornar-se uma real operação estabelecadora do valor reforçador das conseqüências produzidas pelos novos comportamentos.

Avaliação clínica do CP

O sucesso da avaliação depende, em parte, da qualidade do relacionamento terapêutico. O portador precisa que o terapeuta seja uma audiência não punitiva, e demonstre tolerância frente às dificuldades do cliente ao relatar suas queixas e dificuldades acerca do CP.

Frost e Steketee (2003) sugerem que, na entrevista de avaliação, **investiguem-se aspectos como: história do problema, volume, quantidade e tipos de bens acumulados, locais do acúmulo, razões atribuídas para guardar, grau de envolvimento da família, tempo despendido nos comportamentos de CP, tipos de esquivas, estímulos ansiogênicos, presença de sintomas de TOC e de outras patologias psiquiátricas comórbidas.**

O terapeuta pode fazer uso de instrumentos de avaliação padronizados. Deve-se notar que, até a presente data, poucos testes, inventários e escalas aqui

mencionados foram validados em língua portuguesa. Os instrumentos suplementares de avaliação mais utilizados são o Saving inventory-revised (Frost, Steketee e Grisham, 2003), Saving Cognitions Inventory (Frost e Hartl, 1996), Frost indecisiveness Scale (Frost e Shows, 1993), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Baer, Brown-Beasley, Source e Henriques, 1993), Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (Torrubia, Ávila, Moltó e Caseras, 2001), Obsessional Beliefs Questionnaire, Beck Depression Inventory (Beck, Steer e Garbin, 1988), Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown e Steer, 1988).

Medidas comportamentais adicionais são outra estratégia de avaliação útil: para estimar o volume do material acumulado, podem-se utilizar fotografias. O acúmulo é documentado, para fins de comparação, ao início e término da intervenção. Recomenda-se follow-up seis meses ou um ano após a última consulta. Também é possível avaliar a proporção entre a quantidade de objetos e a área ocupada pelos mesmos.

Terapêutica do CP

Em termos de farmacoterapia, até o presente momento, não se encontrou uma medicação específica para CP, podendo-se recorrer a antidepressivos (SSRIs, Tricíclicos, IMAOs), anti-psicóticos, ansiolíticos, estimulantes e anticonvulsivantes. Neziroglu e cols. (2004) sugerem que a abordagem farmacológica mais comum é a que parte da premissa de que CP e TOC são disfunções interligadas e que podem, portanto, ser tratadas com os mesmos fármacos.

A terapia comportamental-cognitiva (TCC) é considerada primeira escolha para

tratamento não-farmacológico da CP. Para Neziroglu e cols. (2004), a TCC seria a abordagem indicada em casos de CP por ajudar o indivíduo a combater o transtorno através da avaliação e modificação da forma de sentir e atuar. A proposta de TCC de Frost e Hartl (1996) incide seu foco na intervenção sobre os já mencionados déficits de processamento de Informação, comportamentos de esquiva e crenças errôneas sobre a natureza das posses e dos vínculos emocionais.

Adesão ao tratamento e principais diretrizes da TCC

Entende-se que certos fatores podem ser vistos como operações estabelecidas, capazes de aumentar o valor reforçador da busca pelo auxílio profissional e da adesão aos procedimentos. Estes fatores podem se originar do contexto usual de vida do cliente ou da própria interação com um profissional de saúde, alguém sensível à necessidade do cliente e qualificado para prover ajuda. Por exemplo, algum amigo ou familiar a quem o portador de CP estime e respeite de modo especial pode ter maior condição de convencê-lo da necessidade de buscar tratamento. O profissional experiente pode levantar com o cliente as prováveis conseqüências das mudanças, negociando decisões a cada etapa da terapia e reavaliando os resultados alcançados. As técnicas de entrevista motivacional podem ser de grande valia como operações que aumentem a probabilidade de comportamentos de adesão ao tratamento (Payá e Figlie, 2004).

Por meio da psicoeducação é possível ensinar o cliente a reconhecer as características do transtorno e suas implicações (de curto, médio e longo prazo), facilitando a escolha entre as alternativas terapêuticas

disponíveis, sempre no intuito de atenuar os padrões de comportamento disfuncional.

O paciente, em conjunto com o profissional, deverá traçar objetivos realísticos e em comum acordo. As estratégias utilizadas precisam ser capazes de reduzir a aversividade inerente aos procedimentos tipicamente recomendados para tratamento de CP: exposição aos estímulos ansiogênicos, prevenção de resposta de acumular/adquirir e aceitação experiencial das emoções inerentes ao processo de mudança e do contato com novas contingências.

Recomenda-se que ao final de cada sessão de organização e/ou descarte, terapeuta e cliente dediquem alguns minutos a avaliar os ganhos daquela sessão e a planejar os próximos passos. Pode-se utilizar o Princípio de Premack como norteador do planejamento de conseqüências para comportamentos de organização e descarte: após executar os procedimentos, o cliente poderia escolher dedicar-se por um tempo a uma atividade prazerosa que seja usual em seu repertório corrente. Para tal, define-se previamente com o cliente formas de recompensas contingentes à conclusão de cada tarefa. Por exemplo, **ver um programa de TV** que lhe seja especialmente interessante, passear ou descansar (Vasconcelos e Gimenez, 2004).

As tarefas de casa precisam ser cuidadosamente graduadas em termos de custo de resposta e o profissional, junto com o cliente, deverá revê-las a cada sessão. Em alguns casos, poderão ser realizadas várias visitas ao domicílio, para fins de avaliação e terapêutica (uma modalidade de acompanhamento terapêutico), e é possível planejar telefonemas no intervalo entre consultas, para partilhar sinais de evolução e/ou breve discussão de dificuldades e correção de fal-

has.

Uma etapa relevante da TCC envolve a exposição imaginária e *in vivo* a situações de “não aquisição”, geralmente eliciadoras da “vontade de adquirir algo”. Nestas situações, se pratica a prevenção da resposta de adquirir ou coletar e o indivíduo aprende comportamentos novos para lidar com as dificuldades que surgirão (por exemplo, o aumento da ansiedade). Faz-se uso de role-playing como forma de modelar e instalar novos comportamentos (por exemplo, treinar maneiras de resistir ao impulso de comprar ou coletar).

Na exposição ao descarte de objetos, o cliente experientia, de modo sistemático e gradual, o descarte de objetos antes patologicamente armazenados. Isto pode ser feito, ao menos nas etapas iniciais do tratamento, com auxílio do terapeuta, acompanhante terapêutico ou familiar treinado. Ao cliente é explicado que descartar objetos desnecessários é inicialmente muito difícil, e que a prática regular do descarte resultará na redução da intensidade das emoções aversivas eliciadas por esta atividade.

Deverão ser estabelecidos, pelo próprio cliente, horários específicos para dedicar-se ao descarte e arrumação, como recurso para combater a procrastinação. Evitar jornadas excessivamente longas, que tornem o processo ainda mais aversivo, seja por exaustão ou excessiva emocionalidade.

Antes de começar o trabalho de arrumação, recomenda-se criar espaços temporários para guardar objetos. Através de classificações gerais, é possível ter uma visão mais clara das etapas subsequentes de trabalho.

O treino de tomada de decisão

(“guardar ou descartar, onde guardar”) requer mudanças do comportamento de fazer escolhas e o desenvolvimento de competências de organização (por exemplo, classificar objetos, priorizar ações, criar maior compatibilidade entre planejamento e execução). Para intervir sobre o controle de estímulos das novas respostas, pode-se recorrer a discussões que definam critérios claros, fáceis de seguir, acerca de como escolher entre armazenar, descartar e colocar no lugar certo. Ou seja, são definidos os estímulos discriminativos relevantes para controle das respostas emitidas em cada etapa do trabalho de organização. Em alguns casos, regras podem assumir essa função. Por exemplo: “se um objeto de pouca utilidade está muito deteriorado, jogue-o fora imediatamente” ou “separe as roupas para guardar” segundo critérios como roupa de frio e de calor, de uso cotidiano (social ou esporte) ou para festas. Assim, pretende-se reduzir o controle exercido pelos pensamentos irracionais (regras rígidas, desconectadas das contingências em vigor) e colocar as respostas sob controle das contingências em vigor no presente.

Convém favorecer a diminuição do custo das respostas de descartar e arrumar por meio da seleção de alternativas mais simples, com resultados mais expressivos. Seleciona-se uma área-alvo por vez, com objetivos realísticos. A cada dia, o cliente deve cumprir a tarefa até ao fim e, quando terminar, dedicar-se a apreciar o resultado alcançado, avaliar sua funcionalidade e valorizar o esforço envolvido. É de grande valia que uma foto do “antes e depois” da arrumação, documente o aspecto da área escolhida. Os clientes tendem a esquecer do tamanho do problema já superado e superestimam as etapas a vencer.

Durante a arrumação, sugere-se manter por perto os cartões de apoio que o

cliente e terapeuta prepararam nas sessões. Neles, por exemplo, há perguntas que norteiem as decisões do cliente ao longo do processo ou uma lista dos motivos favoráveis a fazer a arrumação e enfrentar emoções negativas.

Outro recurso é utilizar a “técnica das 3 caixas e meia”: manter uma caixa com as coisas para guardar em definitivo, outra de coisas para expor, a terceira com material para descartar/reciclar e meia caixa para itens urgentes, cuja solução não possa esperar.

Para recuperar de imediato a funcionalidade da área arrumada na casa e manter os ganhos alcançados deve-se atribuir novos usos para aquele espaço, não importando que seja uma gaveta, prateleira, armário ou um cômodo inteiro. Assim, tornam-se menos prováveis recaídas. O terapeuta deve estabelecer com o cliente o compromisso de que será mantida a ordem em todas as áreas já arrumadas. Quando se readquirir a funcionalidade para determinado espaço vazio, é possível escolher uma nova área alvo e recomeçar o processo.

Despender esforços para arrumar espaços menos visíveis constitui uma segunda fase da arrumação. Terapeuta e cliente fazem uso das técnicas que se mostraram bem sucedidas anteriormente e criam estratégias adaptadas às novas contingências.

Bloquear aquisições desnecessárias e o armazenamento impróprio de objetos favorece a prevenção de recaídas. A cada semestre, ou anualmente, o cliente deveria rever o que escolheu armazenar, reavaliando se não convém descartar o que não teve uso ou cuja existência sequer foi lembrada naquele período de tempo.

Na medida em que o CP se instalou, o indivíduo deixou de emitir ou até mesmo foi impedido de aprender uma série de outros comportamentos relacionados à vida social, ocupacional, etc.. Em paralelo às arrumações, torna-se imperioso melhorar a qualidade geral de vida, com incentivo para engajamento em outras atividades reforçadoras, não-aversivas. Neste mesmo sentido, busca-se melhorar as relações familiares, desenvolvendo a aceitação e o respeito mútuos. Em muitos casos é possível refazer os laços na família através da (re) descoberta de interesses em comum. Outra meta similar refere-se ao estabelecimento de habilidades de comunicação interpessoal afetiva e assertiva.

No intuito de modificar as cognições disfuncionais aprendidas pelo portador de CP, uma série de técnicas são propostas pela terapia cognitiva para auxiliar o terapeuta em seu trabalho. Entre elas, pode-se citar a técnica da flecha descendente (da Silva, 2004), a reestruturação cognitiva (Shinohara, 2004) e o diálogo socrático (Miyazaki, 2004). Em termos gerais, a terapia cognitiva oferece um conjunto amplo de técnicas que visam promover a identificação de pensamentos automáticos e distorções cognitivas, aliadas ao treino para elaboração de uma resposta racional, baseada em evidências. Ao longo do teste de hipóteses na vida real, o terapeuta deve validar as descobertas feitas pelo cliente, salientando as evidências que dão sustentação a elas. Cada resposta racional pode ser resumida em cartões de apoio, a serem usados futuramente pelo cliente em situações fora do consultório, para combater distorções similares. Na perspectiva comportamental, pode-se considerar que tais procedimentos cognitivos, principalmente de natureza verbal, buscam enfraquecer o controle exercido por regras rígidas sobre

o comportamento do cliente. Ou seja, o cliente passaria a ter uma parcela maior de seu repertório sob controle das contingências naturais, habilidade fundamental para lidar com ambientes complexos e em mudança.

Biblioterapia e recursos da Internet

Para clientes que dominam o idioma inglês, sugerimos a leitura, na íntegra, ou de trechos selecionados pelo terapeuta, de publicações especializadas e dirigidas ao público leigo, direta ou indiretamente afetado pelo transtorno. Entre outras opções, podemos citar os seguintes livros:

- Bubrick, J., Neziroglu, F. e Yaryura-Tobias, J. (2004). *Overcoming Compulsive Hoarding*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Glovinsky, C. (2002). *Make peace with the things in your life*. New York, NY: St. Martin's Press.

Atualmente, a internet tornou-se fonte de informação para muitos clientes. De forma a evitar que estejam expostos a dados imprecisos ou desatualizados, pode-se sugerir sites confiáveis, cientificamente sólidos e cujas páginas contenham material acessível ao grande público. Entre outros, pode-se recomendar:

- www.protoc.incubadora.fapesp.br
- www.astoc.com.br
- www.nimh.nih.gov
- www.ocfoundation.org/hoarding/

Referências

Allen, G. J.; Duffany, S. R.; Hartl, T. L.; Frost, R. O. e Steketee, G. (2005). Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*,

43, 269-276.

Anderson, S. W.; Damasio, H.; Damasio, A. R. (2005). A neural basis for collecting behavior in humans. *Brain*, 128, 2001-212

Bloss, C.; Frost, R. O.; Kim, H. J.; Murray-Close, M. e Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (7-8), 657-664.

Bubrick, J.; Neziroglu, F. e Yaryura-Tobias, J. (2004). *Overcoming Compulsive Hoarding*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Brammer, M.; Lawrence, N.; Mataix-Cols, D.; Phillips, M.; Speckens, A. e Wooderson, M. (2004). Distinct Neural Correlates of Washing, Checking and Hoarding Symptom Dimensions in Obsessive-compulsive Disorder. *Archives General Psychiatry*, 61, 564-576.

Campos, M.; Mercadante, M.; Quarantini, L. e Veiga, M. (2004). Transtorno Obsessivo-compulsivo e Tiques em pacientes com Epilepsia. *Journal of epilepsy and clinical neurophysiology*, 10 (4), 47-52.

Caseras, X.; Fullana, M.A.; Mataix-Cols, D.; Alonso, P.; Manuel M.J.; Vallejo, J. e Torrubia, R. (2004). High sensitivity to punishment and low impulsivity in obsessive-compulsive patients with hoarding symptoms. *Psychiatry Research*, 129, 21-27.

Frost, R. O. e Harlt, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Ther-*

apy, 34, 341-350.

Frost, R. O.; Steketee, G. e Grisham, J. (2004) Measurement of compulsive hoarding: saving inventory - revised. *Behavioral Research and Therapy*, 42, 1163-1182.

Frost, R. O.; Steketee, G.; Williams, L. e Warren, L. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability obsessive-compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (11), 1071-1081.

Frost, R. O.; Steketee, G. e Williams, L. (2000). Hoarding: a community health problem. *Health Society Care Community*, 8 (4), 229-234.

Frost, R. O. e Steketee, G. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23 (7), 905-927.

Frost, R. O.; Kyrios, M. e Steketee, G. (2003). Cognitive Aspects of Compulsive Hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (4), 463-479.

Grisham, J. R.; Frost, R. O.; Steketee, G.; Kim, H. J. e Hood, S. (2005). Age of onset of compulsive Hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 675-686

Hanon, C.; Pinquier, C.; Gaddour, N.; Said, S.; Mathis, D. e Pellerin, J. (2004). Diogenes Syndrome: a transnosographic approach. *Encephale*, Jul-Aug; 30 (4), 315-22.

Hartl, T. L. e Frost, R. O. (1996). A

cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and therapy*, 34 (4), 341-350.

Maier, T. (2004). On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 323-337.

Miyazaki, M.C.O.S. (2004). Diálogo socrático. Em: C.N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas clínicas*, São Paulo: Roca, p.311-319.

Montero-Odasso, M.; Shapira, M.; Duque, G.; Chercovsky, M.; Fernandez-Otero, L.; Kaplan R. e Câmera, L. A. (2005). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (8), 709-711.

Patronek, G. J. (1999). Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Reports*, 114 (1), 81-87.

Paya, R. e Figlie, N.B. (2004). Entrevista Motivacional. Em: C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas clínicas*, São Paulo: Roca, p. 414-434.

Seedat, S. e Stein, D.J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 56 (1), 17-23.

Samuels, J.; Bienvenu, O. J.; Riddle, M. A.; Cullen, B. A.; Grados, M. A.; Liang, K.Y.; Hoehn-Saric, R. e Nestadt, G. (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 40 (5), 517-528.

- Saxena, S.; Brody, A. L.; Maidment, K. M.; Smith, E. C.; Zohrabi, N.; Baker S. K. e Baxter, L. R. (2004). Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1038-1048.
- Shinohara, H. (2004). Questionando rótulos, atribuições e significados. Em: C.N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas clínicas*, São Paulo: Roca, p. 330-335.
- da Silva, E. A. (2004). Flecha descendente. Em: C.N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas clínicas*, São Paulo: Roca, p. 321-329.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. e Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ). *Personality and Individual Differences*, 31 (6), 837-862.
- Vasconcelos, L. A. e Gimenez, L. S. (2004). Em: C.N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental - Práticas clínicas*, São Paulo: Roca, p. 238-250.
- Watson, D. e Wu, K. D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 897-921.