
Seção I

A História da terapia comportamental no Brasil

Capítulo 1

Contribuição da psicologia comportamental para a psicoterapia

Rachel Rodrigues Kerbauy
USP

Ao iniciar estas considerações gostaria de deixar claro, que estou falando sobre a Psicologia Comportamental. Sobre as formas de trabalhar que se baseiam primordialmente na aprendizagem, na preocupação com a metodologia e na especificação de relações funcionais. Não detalharei a diversidade de concepções, que se estendem das de Skinner (1953, 1974), até a perspectiva mais ampla de Lazarus (1971), incluindo os princípios e procedimentos da aprendizagem social de Bandura (1969), ou as contribuições de Wolpe (1969), ou da terapia cognitiva de Beck e mesmo o atual movimento construtivista. Há na Psicologia Comportamental uma diversidade de modelos conceituais e procedimentos que caberia a questão de ser ou não ser o terapeuta comportamental, comportamentalista.

A solicitação dos organizadores foi com o termo genérico e eu compartilho desse ponto de vista, neste caso específico: produzir um texto para terapeutas comportamentais, para uma Sociedade que se denomina de **Associação**: portanto reunião de pessoas com um fim e idéias comuns, que trabalham no Brasil em **Psicoterapia e Medicina**, portanto se propõe a curar ou atenuar doenças ou problemas dentro de um referencial específico e escolhido: o **comportamental**, ou seja, priorizando comportamento e permanentemente avaliando a teoria e sua prática. Fiz escolhas e com alguns problemas

de sobreposição.

Gostaria ainda de esclarecer que parece ser mais fácil ser crítico que construtivo, e que farei um esforço (e vocês julgarão, se atingi ou não o objetivo), para ser construtiva e desenvolver uns pontos de reflexão deixando-os em aberto, pois em vários deles estou felizmente, em fase de aprendizagem. Me considero além de terapeuta, pesquisadora, portanto, sei que as afirmações de hoje serão ultrapassadas amanhã, e que é assim a construção da ciência e do conhecimento.

Suponho que as várias concepções clínicas, possam ser agrupadas em categorias embora não mutuamente exclusivas. Se refletirmos sobre a preocupação de integração (Wachtel, 1977, Golfried, 1982 e Staats, 1986) e sobre a busca de conceitos e formas de atuação comuns, ficaremos fascinados com essa união, apesar das diferenças.

Talvez, após uma análise detalhada, seja difícil entrar em acordo com o referencial psicodinâmico, que enfoca a dinâmica mental, os aspectos emocionais, a personalidade, especialmente pela noção de formação de uma estrutura, que acompanharia o indivíduo em toda sua existência. Com outros modelos, que enfatizam a aprendizagem, é possível andar junto, e as divergências podem ser aplainadas com formulações cuidadosas sobre a causação do comportamento. Técnicas, de diferentes enfoques teóricos, podem ser empregadas, desde que seja possível mostrar, que há um respaldo experimental na construção e validação da técnica. No entanto, até esse ponto é discutido, com divergências, como atestam por suas posições, Lazarus (1971) e Wilson (1989). Para Lazarus a TC deve incluir as técnicas úteis ao tratamento do cliente, e podem ser de qualquer origem teórica sem aceitar obrigatoriamente aquele referencial específico enquanto para Wilson as técnicas comportamentais devem proceder de uma metodologia experimental. Considero que as técnicas, empregadas hoje, derivam de teorias da aprendizagem e são construídas tanto no laboratório quanto da prática, em situação natural e descritas minuciosamente permitindo a sua replicação.

A psicologia comportamental, enfatizando a noção de aprendizagem, tirou a psicologia clínica do modelo médico, e propôs um **modelo psicológico, comportamental**, (Ulmann e Krasner 1965) colocou-a ao lado da educação, mostrando a função de ensinar repertórios comportamentais não aprendidos e necessários. O clínico, para Skinner (1989), entre outras funções, seria aquele que "dá conselhos", auxilia com suas análises na construção de um novo repertório ou no fortalecimento de repertório comportamental existente.

No modelo comportamental é fundamental o papel de educar, de ensinar repertórios novos. Uma extensão dessa concepção de educar, difundida na atuação dos profissionais é o trabalho preventivo. O terapeuta comportamental ensina, constrói programas para auxiliar a instalação ou a eliminação de comportamentos selecionados. Embora trabalhe com grupos, a instrução individualizada (PSI – Keller, 1968), marcou uma posição de como ensinar para garantir a eficácia.

A abordagem comportamental é facilmente ensinada ao paciente, pois emprega um modelo educacional de autocuidado. Desse modo ensina aos pacientes e atribui a eles a responsabilidade de executar comportamentos de cuidado de suas doenças ensinando as habilidades necessárias como no caso da diabetes, prevenção de câncer,

e outras.

Até este momento destaquei duas contribuições importantes da Psicologia Comportamental, uma de propor modelo psicológico reexplicando a causação do comportamento e a outra a preocupação de empregar métodos experimentais, para construir e testar as técnicas empregadas na terapia ou para aceitar a integração de outras técnicas.

Com essas duas contribuições pode-se deduzir um fato: não temos uma teoria unificada que regula a prática e a pesquisa, se entendemos teoria como uma organização de idéias que explicam vários fenômenos, e que ao ser testada na prática mostra-se satisfatória, ou seja, funciona em várias situações. Somos mesmo anti-teoria, desde a contribuição de Watson, que sugeriu para trabalhar com o comportamento e depois construir uma ciência com dados experimentais. A modificação de comportamento, que produz aprendizagem, é também observada de acordo com a proposta, e a ênfase em teorização, a posteriori, se os dados acumulados assim o permitirem e se mostrar necessário.

Nesse sentido podemos trabalhar assumindo que esperamos influenciar o comportamento do cliente, e que buscamos para cada caso específico a maneira de fazê-lo. Assumimos que fazer terapia comportamental, não é interpretar testes psicológicos, fazer hipóteses sobre o comportamento passado e futuro do cliente, ou fazê-lo falar de seus sentimentos para entendê-lo, embora isto também possa acontecer na terapia. É assumir que o cliente tem problemas que é incapaz de resolver; que acredita que podemos auxiliá-lo na resolução; e nós também acreditamos. Nosso papel seria então: auxiliar o cliente a resolver os problemas para os quais procura ajuda e aceitarmos nosso papel de encorajar, fazer sugestões, dar conselhos, treinar repertórios, fazer análises e propor novos cursos de ação. O terapeuta terá sucesso se o cliente resolver os problemas trazidos, ou planejar um curso de ação que ocasionará a solução.

Um outro ponto a ser destacado como contribuição, é a forma como as abordagens comportamentais, **combinam terapia comportamental com farmacoterapia**. De fato, não somente na área de medicina comportamental mas na psicoterapia, observa-se hoje a integração de tratamentos farmacológicos com comportamentais-cognitivos, (Butler, Fennell, Robson, Gelder 1991), Magraf, Barlow, Clark, Telch (1983), e Tyrer, Murphy, Kingdon (1988). É fora de questão, e a literatura demonstra, que em vários distúrbios comportamentais, da depressão à ansiedade, passando pelos distúrbios alimentares, o tratamento combinado de medicação e psicoterapia apresenta vantagens para o cliente, quer na diminuição das doses de medicação, quer na retirada completa em muitos casos, e também por dar condições para um trabalho psicoterápico.

Essa contribuição deveu-se ao fato, de que os terapeutas comportamentais expõem o seu trabalho e seguem princípios metodológicos claros. Os estudos com placebo no caso de medicação, terapias descritas em detalhes, e até controle de interação com o terapeuta, empregando assuntos extra-terapia em grupos de controle, são marcos indiscutíveis da ligação da psicologia comportamental com a pesquisa e seu objetivo de identificar a natureza e a etiologia, para entender aquele distúrbio clínico específico.

Cabe aqui voltar à literatura. A revista **The Behavior Analyst**, (1996), dedicou

várias páginas discutindo o quanto as contribuições da fisiologia e biologia podem ser relevantes para a análise comportamental e o que se alteraria nessa concepção com os dados existentes e vindouros. Neste caso falo de um referencial específico: a análise de comportamento. Na realidade, apesar das divergências, existe um consenso sobre o fato de que inúmeros experimentos, com várias espécies, demonstram como o comportamento é sensível às suas conseqüências e também a seus antecedentes e que para entender e manipular comportamento é necessário manipular a relação de seus antecedentes e conseqüentes. A base da teoria de análise do comportamento é a repetição desse fato, que se manterá como fato, independente das novas descobertas. Segundo Baer (1996), p. 84, "as pesquisas futuras podem mostrar que há exceções, ou que são casos especiais de uma ampla verdade, mas em cada evento eles permanecem corretos, pelo menos na amplitude do universo que delimitam".

Os dados das pesquisas que mostram que o medicamento atua juntamente com a terapia comportamental cognitiva, demonstram os vários níveis de análise possíveis e como as pesquisas biológicas são relevantes para o comportamento, sem mudar, no entanto, o fato estudado pelas técnicas comportamentais: o controle interativo do comportamento pelo ambiente, e do ambiente pelo comportamento.

Uma outra contribuição da Psicologia Comportamental, decorrente de analisar *interação do comportamento com o ambiente e as dificuldades de lidar com problemas de viver*, é sua **aceitação e exigência de uma diversidade de locais**, além da clínica e hospital: inclui escolas, comunidade, residência e indústria. Vários dos terapeutas aqui presentes auxiliam um obsessivo compulsivo em sua residência, a alterar o comportamento em seu ambiente, e a encontrar formas apropriadas de lidar com o mundo. *Outros saem da sala, do consultório, e fazem percursos com pessoas com síndrome de pânico para estas aprenderem a se defrontar com suas modificações fisiológicas e as emoções resultantes*, em vários locais. Como elegantemente colocou Wielenska (1995), p. 27, "Neste caso o local de trabalho é a própria situação natural, nosso ofício deve ser exercido em contextos especiais sempre que isto beneficie o produto final".

Analisando as contribuições da Psicologia Comportamental, considero um grande passo incorporar sistematicamente atividades fora da sessão no processo terapêutico, ou seja as tarefas de casa.

Sem dúvida, sair do consultório propicia modificações e o emprego de técnicas e habilidades adquiridas na terapia. *Essas tarefas de casa, deslocam a terapia de conceitos abstratos, para relatos detalhados e reais.*

Os aspectos educacionais de instalação e manutenção do comportamento, são exercidos ao se prescrever a tarefa, de comum acordo entre o paciente e terapeuta, com instruções específicas para a realização. Quem as prescreveu primeiro, talvez tenha sido Ellis em 1962, no seu livro **Reason and emotion in psychotherapy**. Mas a tarefa de casa é inovação comportamental, e decorre da concepção de ensinar repertório inexistente, sendo empregado por praticamente todas as abordagens como parte da terapia. Resultados são significativos pois facilitam o conhecimento do cliente sobre si próprio fora da terapia e também, a instalação segura de novos comportamentos desde debater regras até executar atos simples. Os registros diários de pensamentos disfuncionais, de comportamentos diversos e conseqüências para si e para os outros, o emprego do debate, da disputa e questionamento de suas previsões e conclusões, o

registro de atividades realizadas, a maneira como foi feita e o prazer decorrente, as circunstâncias em que estes comportamentos ocorreram, são outros exemplos de tarefas que completam e auxiliam o processo terapêutico comportamental.

Um outro ponto inovador das terapias comportamentais é o **didatismo**, talvez por assumir o papel educacional ao debater as regras, ou suas afirmações e crenças sobre o mundo. Fundamenta-se na lógica segundo a qual os comportamentos e as emoções das pessoas são determinados pelo modo como organiza o mundo, segundo Beck (1967). Para esse autor, crenças, ou seja, os eventos verbais ou pictóricos conscientes, baseiam-se em atitudes ou suposições desenvolvidas em experiências anteriores. Desse modo, se uma pessoa interpreta suas experiências como sendo adequadas ou inadequadas, pode ter por trás uma regra: "se eu não fizer perfeito sou um fracasso". Formulação semelhante e com justificativas do debate das regras e avaliação da adequação lógicas são as de Skinner (1974), que discute a maneira pela qual a pessoa aprendeu a formular regras ou aceitá-las, sem verificar sua adequação as contingências presentes no momento tornando-as disfuncionais, ou seja, as consequências passam a ser diferentes das previstas pelas regras. (c).

Em decorrência dessa postura, o paciente aprende a dominar situações através da reavaliação e correção de seu pensamento. O terapeuta auxilia o cliente a pensar e comportar-se mais realista e adaptativamente. Emprega ao fazer isto, técnicas para testar e especificar as falsas concepções, e examinar evidências e substituir crenças disfuncionais. O trabalho de Ellis em (1957, 1962) favoreceu o desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais por enfatizar o ABC, ou seja o evento ativador (A) as crenças (B=belief) B e as consequências emocionais.

Para concluir falta explicitar mais uma contribuição e talvez a maior delas: **O emprego da análise funcional como ponto básico de diagnóstico e terapia.**

Um dos temas emergentes na última década, nas análises teóricas e conceituais em TC, com implicações práticas é o papel dos eventos que não são diretamente observáveis, os denominados por Homme (1965) de **coverants**, comportamentos operantes encobertos, e atualmente apenas encobertos.

Nesse sentido, o behaviorismo radical de Skinner foi "colocado corretamente" segundo Franks (1990), p. 2, "como a ciência do comportamento, que tem lugar para eventos que não são diretamente observáveis". A repercussão dessa aceitação derivou de formas de trabalhar em TC, e reacendeu, a meu ver, a necessidade de revitalizar a maneira como o terapeuta comportamental faz o diagnóstico e tratamento, através da análise funcional. Essa análise era utilizada, já na "pré-história" da terapia comportamental, defendida brilhantemente por Kanfer desde (1970) como forma de diagnóstico no cap. 2, foi cada vez mais detalhada atualmente, com a análise do comportamento verbal, definido por Skinner (1957), e em pesquisas atuais especialmente na área de equivalência. Na análise funcional estamos falando de uma contingência clássica de três termos, com reforçamento. Estudos de equivalência mostram a aprendizagem sem reforçamento, pois estabelece relações de classes de estímulos equivalentes. O que está sendo estudado é o **significado** sendo possível verificar a relação entre o comportamento aberto e encoberto. Na clínica, se faz a dedução sobre o tipo de relação de funções, sem a forma mais sofisticada da prova realizada através do teste de laboratório.

A análise funcional faz com que se incorpore a noção de que, quanto mais é conhecido do contexto e da história de um comportamento, mais corretos seremos em apontar suas causas. No caso do comportamento verbal, da nomeação de sentimentos esse fato é evidente. Dessa forma, a mesma palavra pode ter sentidos diferentes quando você diz: "me dá um beijo, (ou "cheiro" no nordeste)" que pode ser fruto da história de ser beijada, diante da solicitação ou , da privação atual da falta de carinhos.

Ainda a análise funcional que reinterpreta as falas do cliente, em função da sua história passada e seu comportamento, dirige a atenção para fatores externos , para a busca de variáveis controladoras ou seja , eventos que são percebidos como relacionados ao comportamento de alguma maneira. Isto permite estabelecer sistematicamente, um conjunto de análises e o desenvolvimento de um novo repertório, um outro referencial, e a meu ver aumenta a liberdade.

É nesse " pulo de gato", nesse método de buscar dados relevantes, que aparece a necessidade de observar comportamentos encobertos e descrever a sua função naquela história de vida específica, e dessa forma estabelecer o contacto com o mundo. Nesse sentido quando dizemos que alguém não expressa emoções, podemos estar analisando que essa pessoa evita, esquiva contacto com situações que evocam emoções, por ter dificuldade com relações íntimas. Estamos portanto, falando novamente da interação do individuo com seu ambiente e de história de aprendizagem.

Finalizando diria que a análise funcional é um instrumental do terapeuta e propicia a intervenção de maneira mais direta e eficaz, com resultado a curto prazo e com possibilidade de reavaliar e tornar a escolher outros cursos de ação. Isto é possível em TC, pois a avaliação e o diagnóstico caminham lado a lado, ao mesmo tempo, no desenvolvimento da terapia. Por isso nossa dificuldade em fazer um diagnóstico clássico. Ainda, como consequência, o terapeuta comportamental não colocava rótulos em seus clientes, não dizia ou diz o nome de um quadro específico, ele observava os comportamentos e estabelecia relações funcionais. Isto parece estar mudando, na literatura com certeza, mas espero que com muito cuidado na prática ao se explicar ao cliente, se e quando os rótulos forem realmente necessários. Geralmente o trabalho é desfazer os rótulos e construir comportamentos mais adaptativos. Das análises funcionais, derivam os comportamentos clinicamente relevantes, como os denomina Köhlerberg (1989). É uma outra e sempre a mesma contribuição, mas derivada de estudos cuidadosos e análises do comportamento que é o nosso "abre te sezamo".

Bibliografia

- BAER, D.M. (1995) The Invulnerability of behavior- analytic theory to biological research. *The Behavior Analyst*, 19, 1, 83-84.
- BANDURA, A. (1969) Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- BUTLER, G. ; FENNELL, M. ; ROBSON, P. ; GELDER, M. (1991) Comparation of Behavior Therapy And Cognitive Behavior Therapy in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

59, 167-175

- FRANKS, C. & WILSON (1990) *Annual Review of Behavior Therapy*.
- KANFER, F.H. & PHILLIPS, J.S. (1970) *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York: John Wiley.
- KELLER, F.S. (1968) - Goodbye teacher. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 1, 79-89
- KÖHLENBER, R.J. & TSAI, M. (1991) *FAP: Functional Analytic Psychotherapy creating intense and curative Therapeutic Relationship*. New York; Plenum Press.
- LAZARUS, A.A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond*. New York: Mcgrahill.
- MAGRAF, J.; BARLOW, D.; CLARK, D.; TELCH, M. (1993) *Psychological Treatment of Panic: Work In Progress on Outcome, Active Ingredients, and Follow-up*. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8.
- SKINNER, B.F. (1989) *Recent Issues in the Analysis of Behavior*. Columbus.
- SKINNER, B.F. (1953) *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo, Editora Martins Fontes. (trad. por Rodolpho Azzi do original Inglês. Science and Human Behavior.
- TYRER, P.; MURPHY, D.S.; KINGDON, D. (1988) Nottingham Study of Neurotic Disorder: comparasion of drug and psychological treatment. *Lancet*, 235-240.
- ULLMANN, L.P. & KRASNER, L. (1965) *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston. (tradução brasileira EPU).
- WIELENSKA, R. (1995) Alguns limites ambientais em Psicoterapia. Em: B. Rangé (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editora Psy II, p.275-280.