

EQUÍVOCOS DA TERAPIA COMPORTAMENTAL

MARIA LUISA GUEDES⁽¹⁾

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Modificação de comportamento: características

As primeiras tentativas de prática clínica derivadas da Análise Experimental do Comportamento foram denominadas Modificação de Comportamento. Pareceu, então, apropriado, já que os modificadores de Comportamento não só fundamentavam sua prática terapêutica no conhecimento já produzido pelas pesquisas básicas, mas também realizavam pesquisas enfocando problemas considerados clínicos. Era razoável, portanto, que julgassem entender as relações entre comportamento e ambiente. Este começo se mostrou promissor. Prova disso eram os manuais introdutórios de Análise do Comportamento da época (Millenson, 1967; Ferster, Culbertson, Perrot-Boren, 1968; Whaley e Malott, 1970; Keller e Ribes Iñesta, 1973) que apresentavam um número significativo de exemplos bem sucedidos. Alguns destes exemplos passaram a fazer parte da formação de toda uma geração de analistas do comportamento: da criança que parou de bater a cabeça na parede e passou a usar óculos (Wolf, Risley e Mees, 1964), da menina que parou de vomitar (Wolf, Burnbrauer, Lawler e Williams, 1967), da anoréxica grave que voltou a comer (Bachrach, Erwin e Mohr, 1965), de comportamentos ditos psicóticos que, com um simples rearranjo de contingências desapareciam, ou ainda da utilização de economia de fichas nas instituições (Aylon e Michael, 1959).

Três aspectos marcaram esta proposta de atuação: 1) parecia viável a transposição do modelo de laboratório para a situação clínica, 2) pretendia-se atender à comunidade científica com o rigor da produção de conhecimento e 3) pretendia-se atender aos clientes promovendo melhoras significativas (Baer, Wolf e Risley, 1968).

Modificação de comportamento: possíveis razões do fracasso

Apesar de aparentemente coerentes, as perspectivas promissoras deste modelo não se confirmaram. Pelo menos três fatores podem tornar tal fracasso

⁽¹⁾ Faculdade de Psicologia, Departamento de Métodos e Técnicas, Laboratório de Psicologia Experimental, Rua Cardoso de Almeida, 986 - Perdizes - São Paulo - SP CEP 05013.

compreensível. As críticas externas foram severas: mudanças providas da manipulação do ambiente foram acusadas de ofensivas à liberdade pessoal (a diretividade do modificador desrespeitava o sujeito); de superficiais (não lidavam com as causas últimas e profundas do problema) e, portanto, de irrelevantes (já que outro sintoma fatalmente apareceria). Na melhor das hipóteses, os críticos consideraram que esta proposta só atenderia à solução de problemas clínicos simples (simples aqui, significando a desqualificação do problema - por exemplo hábitos de estudo, comer, hora de dormir - ou do sujeito - por exemplo, com retardo profundo).

Além disso, os próprios modificadores de comportamento na sua prática clínica cotidiana foram descobrindo os limites do aparente poder que julgavam ter. Não era tão fácil assim atender à comunidade científica e mais difícil ainda era arranjar ambientes identificando as contingências responsáveis pelo comportamento. Esta dificuldade, por sua vez, se originava de uma má compreensão da própria proposta teórica que sustentava esta prática. Ou seja, identificar as contingências reais responsáveis pelo comportamento não era criar contingências artificiais para modificar o comportamento (Holland, 1978).

Terapia comportamental: uma proposta nova?

Não conseguindo ser nem pesquisadores e nem clínicos, os modificadores de comportamento passaram a alegar que o conhecimento era restrito para a complexidade da situação natural e rejeitaram com veemência serem identificados pelas técnicas de modificação de comportamento. Tornaram-se, então, terapeutas comportamentais.

O poder dos procedimentos para mudança de comportamento é agora substituído pela magia da "análise funcional" (como se procedimentos efetivos pudessem prescindir de tal análise).

Nesta passagem, perderam-se características que identificavam a prática clínica desta abordagem. Os terapeutas comportamentais deixaram para trás: a solução de problemas concretos, a rapidez da terapia, os registros, a confiabilidade na relação procedimentos/resultados e a esperança de que a oferta do serviço psicológico, um dia, viesse a ser avaliável pela sociedade.

Em lugar disso tudo, adotaram uma prática terapêutica de gabinete, isto é, sua atuação restringe-se a interações verbais no espaço físico do consultório. Priorizando a terapia face a face, a ênfase agora é colocada em questões do tipo: vínculo terapeuta-cliente, nuances da relação terapêutica, utilização de sonhos e fantasias, sentimento como estratégia para informação sobre seus clientes, ou como estratégia para desenvolver o auto-conhecimento.

Terapia comportamental e behaviorismo radical

Esta transição é, no mínimo, misteriosa. Como entender que tal prática terapêutica tenha sido gerada por uma proposta teórica que afirma que: 1) as causas iniciadoras dos comportamentos (expressos ou encobertos) estão na relação com o ambiente, 2) não só os comportamentos mas também os sentimentos são produtos de contingências e 3) portanto, mudanças de comportamento e sentimento só são possíveis com rearranjos entre ambiente e comportamento (Skinner, 1945, 1953).

Como entender que profissionais que discutiam exaustivamente as diferenças entre modelo médico e modelo psicológico e que, portanto, teriam clientes e não pacientes, e que acreditavam que comportamento ou sentimento perturbado (assim considerados não importa por quais critérios) eram produzidos por contingências perturbadoras (fossem elas de seleção natural, de condicionamento, de cultura) (Skinner, 1981, 1984) tenham optado pela terapia face a face?

Terapia comportamental: seus equívocos

Na verdade, estas questões sobre relação terapêutica, sonhos, fantasias fazem parte de um modelo terapêutico fundado em concepções mentalistas que têm o auto-conhecimento como objetivo da terapia. Para os mentalistas, a resolução de um problema presume o tornar-se consciente dele. Desnecessário apontar o antagonismo desta posição com a proposta do Behaviorismo Radical (vide Skinner, 1945).

O que parece importante considerar é que só houve espaço para uma perspectiva comportamental porque havia uma outra ordem de questões ou distúrbios para os quais as teorias mentalistas não apresentavam solução. Certamente, não foi por acaso que os trabalhos iniciais de modificação de comportamento lidavam com sujeitos que apresentavam graves problemas, tão graves que dificultavam, se não impediam, relações interpessoais. Ou ainda, que agora o novo avanço da terapia comportamental está acontecendo de forma significativa em casos de distúrbios graves de obsessão-compulsão ou ansiedade.

Assumindo as questões provenientes de modelos mentalistas, os terapeutas comportamentais estão deixando de lado os problemas graves. Estão deixando de lidar com contingências. Aquelas questões não fazem parte das contingências da vida do cliente. Elas só aparecem por conta do cenário montado. E este cenário, este "setting terapêutico" não é o da terapia comportamental.

Fica difícil imaginar que interpretações (ou traduções) comportamentais de fenômenos artificiais ao contexto do cliente possam instrumentar (a ele ou aos terapeutas) para rearranjar as contingências relevantes.

Contingências artificiais na sessão têm pouca chance de competir com as contingências em geral mais antigas, mais significativas e mais frequentes da vida do sujeito. O máximo que se pode esperar é contar com a sorte ou mesmo criar contingências na sessão para a formulação de conselhos ou regras que então serão seguidas; desmanchar alguns estímulos aversivos eliciadores de ansiedade e reforçar o cliente produzindo um fugaz sentimento de auto-estima.

Terapia comportamental: há alternativas?

Provavelmente o que havia nos exemplos bem sucedidos no laboratório era a possibilidade do arranjo concreto e direto do ambiente. Foi isso que se perdeu com o modelo emprestado.

Continuar com este modelo, em absoluto não afeta os terapeutas comportamentais; quer por profissionais bem sucedidos que são; quer porque, também, como há muito tempo já disse Skinner (1953), a sociedade garante um bom lugar para agências que minimizam sofrimento de seus membros sem abalar sua estrutura. Apenas continuarão numa busca angustiada de identidade, ajeitando-se com novos rótulos que não marquem irremediavelmente a sua origem comportamental e, ao mesmo tempo, não os igualem aos mentalistas.

Mas nem tudo está perdido para o terapeuta comportamental. Os problemas graves (que de fato incapacitam as pessoas para o cotidiano da vida) ainda estão aí. Entretanto, dificilmente os terapeutas serão bem sucedidos nestes casos se continuarem confinados ao espaço verbal (do mundo das regras e cognições) do consultório. Repensar a prática clínica e inventar novos espaços que permitam maior efetividade no mundo real do cliente é o nosso grande desafio.

Referências Bibliográficas

- Aylen, T. e Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-334.
- Bachrach, A.J.; Erwin, W.J. e Mohr, J.P. (1965). The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. In L.P. Ullman e L. Krasner (ed.), *Case Studies in Behavior Modification*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Baer, D.M.; Wolf, M. e Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Fenster, C.B.; Culbertson, S. e Perrot-Boren, M.C. (1968). *Princípios do Comportamento*. São Paulo: Hucitec-Edusp, 1977 (publicação original em língua inglesa, 1968).
- Holland, J. (1978). Behaviorism: part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 163-174.

- Keller, F.S. e Ribes Inesta, E. (1973). *Modificación de Conducta: Aplicaciones a la Educación*. México: Trillas, 1977 (Publicação original, 1973).
- Millenson, J.R. (1967). *Princípios de Análise de Comportamento*. Brasília: Coordenada-Editora de Brasília, 1975 (publicação original em língua inglesa, 1967).
- Skinner, B.F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: MacMillan.
- Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Skinner, B.F. (1984). The evolution of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 41, 217-221.
- Whaley, D.L. e Malott, R.W. (1970). *Elementary Principles of Behavior*. Kalamazoo: Behaviordelia.
- Wolf, M.; Risley, T.R. e Mees, H. (1964). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behavior Research and Therapy*, 1, 305-312.
- Wolf, M.; Burnbauer, J.; Lawler, M. e Williams, T. (1970). The operant extinction reinstatement and re-extinction of vomiting behavior in the retarded child. In D.L. Whaley e R.W. Malott. *Elementary Principles of Behavior*. Kalamazoo: Behaviordelia.

Determinantes de tais males

É opinião do autor, até o qual concordamos, que é a partir do conhecimento de todos os fatores determinantes dos males psicossociais infantis e de suas consequências de ação que se poderá agir no sentido de impedir e/ou evitar e/ou reduzir de tais fatores e consequentemente garantir melhores condições de vida para as crianças das grandes cidades urbanas no futuro. Em decorrência, muito empenho deve ser colocado sobre a pesquisa relativa à descoberta de outros fatores de natureza natural, já descobertos como determinantes dos problemas, bem como sobre as interações pelos quais tais fatores operavam (e é relacionado entre tais determinantes no corpo através das inúmeras pesquisas realizadas). Nessas presentes considerações também pretendem contribuir para o avanço nessa mesma direção e por isso tornam-se por serem justificáveis.

Abordando preliminarmente de forma resumida, alguns dos dados empíricos ingleses de Rutter, para a seguir considerarmos os dados brasileiros, obtidos em pesquisas científicas levadas a efeito por nossa equipe no âmbito mesmo do UNUSP (CEPUSP), finalmente, competamos um com os outros, derivando novas conclusões sobre o tempo e papel preventivo das doenças-crianças em seu atendimento às crianças.

Segundo Rutter (1981), as pesquisas dele levavam às seguintes generalizações, entre outras:

1) Os problemas psicossociais infantis são muito mais comuns nos grandes centros urbanos do que nas zonas rurais, sendo esta diferença real e não um artefato de reconhecimento ou de migração diferencial.