

TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS E ANÁLISE FUNCIONAL

Roberto Alves Banaco

Laboratório de Psicologia Experimental Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Existe um ditado popular que eu gosto muito: “*quando a ferramenta que temos na mão é um martelo, tudo à nossa frente vira um prego*”. Ele reflete uma das leis mais fundamentais do comportamento, que é a lei do reforço: se o martelo já foi usado alguma vez para fixar pregos, e prestou-se para isto, é quase fatal que se tente utilizá-lo de novo, quando se quiser fixar alguma coisa (mesmo que essa coisa não seja um prego). Esta lei torna-se mais imperiosa quando não se tiver nada melhor do que o martelo para se utilizar como ferramenta.

Talvez seja isto que esteja acontecendo com as técnicas derivadas das pesquisas feitas por analistas do comportamento: com a urgência de solucionar uma gama de transtornos para os quais não se tinha respostas eficazes, o aparecimento de algumas técnicas pode ter gerado uma tendência a utilizá-las indiscriminadamente. Também creio que em certa parte isto advém de diferenças de posturas metodológicas e filosóficas das pessoas que as têm empregado. Este trabalho tem por objetivo analisar brevemente essas diferenças.

1) Modelo Médico X Modelo Quase-Médico X Modelo Behaviorista Radical

A medicina quando estuda padrões de comportamento sempre procura estabelecer padrões de normalidade buscando critérios estatísticos. Muitos dos seus estudos, tanto epidemiológicos quanto os de pesquisa farmacológica e de tratamento buscam na estatística - notadamente na curva dita “anormal” - os critérios para definir o que deve ser tratado e o que não merece tratamento.

O modelo médico de diagnóstico busca, então, enquadrar as pessoas que apresentam certos tipos de comportamentos (chamados por eles de pacientes) em classificações com base em critérios diagnósticos específicos. Esses critérios são

encontrados nas publicações da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo Pereira (1997), esses sistemas foram criados a partir de uma necessidade de comunicação entre clínicos e pesquisadores de diferentes orientações teóricas, estabelecendo “um acordo de base quanto à nomenclatura e à descrição das diferentes constelações psicopatológicas” (pág. 3). Em outra parte de seu artigo ele afirma:

“Busca-se, portanto, tratar dos problemas nosográficos (descrição metódica das doenças) deixando-se metodologicamente de lado os questionamentos etiológicos e privilegiando-se a descrição empírica dos quadros” (pág. 4).

Esses sistemas classificatórios são, portanto, no máximo uma descrição de topografias de respostas e de frequências com as quais elas se apresentam na vida da pessoa “paciente”.

O sucesso deste tipo de classificação pode ser depreendido do enorme cuidado que ela tem recebido. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, publicado pela APA) está na sua 4ª edição, e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID, publicada pela OMS), que teve a inclusão de uma seção para transtornos mentais desde sua 6ª edição, está em sua 10ª edição.¹

Uma decorrência do raciocínio produzido pelo modelo médico é a de que, em se identificando e definindo uma doença, uma terapêutica aplicável às pessoas que a apresentarem deveria ser buscada. Em geral, esta terapêutica é farmacológica e os estudos relatam seus resultados positivos no controle da doença em termos (também) de estatística. Uma terapêutica é boa quando elimina os itens desviantes do repertório comportamental da maioria das pessoas que a receberam.

A abordagem do modelo médico usa, portanto, as respostas do indivíduo (entendidas e descritas como o comportamento dele) como descrição e classificação (item) da doença a ser diagnosticada, preocupa-se em compará-lo com populações e tratá-lo como a maior parte das pessoas já foi tratada.

¹ Para uma análise mais aprofundada sobre o DSM-IV e a Análise funcional do comportamento, remeto o leitor para Cavalcante(1997).

O modelo da psicologia clínica, esta que descende diretamente da Medicina Psiquiátrica, pode ser chamado também de quase-médico. Apesar de tentar atenuar a distinção entre doença e saúde, este modelo esbarra sempre na dicotomia entre o normal e o patológico e considera das respostas “disfuncionais” do indivíduo (também aqui entendidas como seu comportamento) como um sintoma da doença, esta subjacente. O indivíduo a ser analisado, quando comparado com uma maioria normal, tem um problema que pode ser descrito como: uma psique doente, um traço de caráter enfraquecido, uma personalidade desviante, uma doença mental, uma estrutura cognitiva falha, um sistema de crenças irracionais, etc., que merecem tratamento. Seus estudos e classificações também baseiam-se nos critérios ditados pela maioria, ou seja, em critérios estatísticos que levam em consideração a distribuição prevista pela curva normal.

A principal diferença entre esta abordagem e a abordagem do modelo médico, é que esta acredita que para sanar o mal que acomete os seres humanos, nem sempre é necessária a utilização de farmacologia para o tratamento (aliás, para esta abordagem é desejável que o tratamento se utilize o menos possível da terapêutica medicamentosa). É da abordagem quase-médica que decorrem o estudo e a tentativa do uso das técnicas psicológicas no manejo dos transtornos mentais e/ou de comportamento. Desde Freud com suas técnicas de hipnose e associação de idéias para acessar o inconsciente, até a utilização da técnica de exposição proposta por Isaac Marks, é esta abordagem que tem prevalecido na busca de controles aplicáveis sobre os sintomas (respostas-comportamentos) das doenças. Mas esta abordagem também preocupa-se, em suas pesquisas, com procedimentos que atinjam a maior parte das pessoas acometidas pelo mal. Os profissionais que a abraçam prescrevem tratamentos que funcionam para populações, esperando sempre um resultado positivo também nos repertórios dos indivíduos a eles expostos.

A abordagem comportamental de inspiração behaviorista radical tem tentado, através do estudo de modelos experimentais, entender as variáveis de controle de vários problemas humanos. Deste forma, seus estudos buscam descrever causas, efeitos de variáveis e possíveis formas de modificar esses problemas. Sua metodologia prioriza o estudo do sujeito único, em suas relações comportamentais

estabelecidas com o ambiente no qual está inserido. Mais importante do que a descrição das respostas que trazem os indivíduos aos consultórios, é o conhecimento da função que essas respostas apresentam nesse ambiente. O modelo é darwinista, baseia-se em seleção das respostas (ditas “comportamentos”) por conseqüências e portanto não discute as manifestações comportamentais em termos de normal e patológico. Segundo Banaco(1997):

A crença na seleção (por conseqüências) leva ao impedimento de um julgamento sobre os comportamentos (...) leva a, no mínimo, pensar que todo e qualquer comportamento seja adaptativo, dentro das contingências que o mantém. E se for possível proceder a uma análise funcional da situação na qual o comportamento dito “patológico” se insere, chegar-se-á à conclusão de que aquele seria o único comportamento que poderia acontecer, dadas aquelas contingências” (pág. 81).

A crença na seleção por conseqüência, no entanto, não impede a busca da mudança nas relações estabelecidas entre indivíduos e ambiente. Acredita-se que, se tanto as variáveis do ambiente quanto as respostas do sujeito forem modificadas, aquele comportamento a ser estudado e/ou modificado, o será.

A grande ferramenta que os analistas do comportamento têm para descreverem e manipularem essas relações é a análise funcional. Através desse tipo de análise é possível encontrar as relações estabelecidas entre indivíduo e ambiente, assim como a experimentação de modificações nessas relações que poderíamos chamar de “desenvolvimento de técnicas comportamentais”.

Para esta abordagem, portanto, o comportamento é o objeto de estudo que tenta descrever dentro de quais determinadas circunstâncias (A) o indivíduo responde daquela forma (R) e quais conseqüências seguem-se a essa resposta de forma a mantê-la (C). Quaisquer mudanças nas circunstâncias, na resposta ou nas conseqüências modificará toda a relação, e portanto, o comportamento. O indivíduo não tem o problema dentro dele, não padece da doença. Não interessa que a maior parte da população não se comporte daquela forma. O que interessa é modificar a forma pela qual a relação entre indivíduo e seu ambiente se estabeleceu.

2) O desenvolvimento de técnicas comportamentais

As relações estabelecidas entre indivíduos e ambiente, como eu já disse anteriormente, têm sido estudadas através de modelos experimentais. Também são eles que propiciam o estudo sobre as formas de modificar essas relações, as quais têm sido costumeiramente chamadas de técnicas e/ou procedimentos comportamentais.

Kerbaux (1983) analisa como essas técnicas podem começar dos estudos básicos e serem modificados com a prática clínica:

“Os trabalhos derivados das publicações de B. F. Skinner, foram, durante os anos de 1950, demonstrações de como os procedimentos de extinção e reforçamento positivo poderiam produzir mudanças no comportamento humano (Greenspoon, 1955; Azrin e Lindzey, 1956; Ayflon e Michael, 1959). As aplicações eram feitas em instituições ou em laboratório, com exceção dos trabalhos de Bijou e Baer (1961), que analisaram o desenvolvimento de crianças” (pág. 31)

Atualmente esses mesmos procedimentos deram origem a técnicas terapêuticas bastante difundidas tais como a Psicoterapia Funcional Analítica (FAP: do inglês Functional Analytic Psychotherapy), de Kohlenberg e Tsai (1991), e a do bloqueio da esquiava de Kohlenberg e Cordova (1994).

Prossegue Kerbaux (1983):

(...) Paralelamente a esse desenvolvimento, vemos desenvolver-se um trabalho europeu de Eisenck (1960), criticando os procedimentos freudianos e propondo procedimentos de teorias de aprendizagem; e de Wolpe e Lazarus, na África do Sul. Aqui, de modo geral, o referencial era Hulliano e os experimentos de condicionamento respondente, fundamentados no trabalho de Pavlov e no principio da inibição recíproca de Sherrington (1947). Wolpe estendeu esse conceito de inibição recíproca a respostas de ansiedade e medo, provocados por um estímulo, procurando respostas incompatíveis para esse estímulo

amedrontador. Escolheu a resposta de relaxar ou a resposta sexual ou a assertiva, como de inibição de ansiedade e medo.(pág. 32)

Nessa linha de trabalho também mais recentemente temos visto o aparecimento e utilização da técnica de implosão (Stampf e Levis, 1967) e de exposição (Marks et. ai., 1975).

Segundo Kerbaux, ainda:

(..) Houve, também, uma tentativa de integrar cognitivo e comportamental, com Bandura que enfatizou a pesquisa dos processos simbólicos mediacionais e auto-reguladores. (pág. 32). (...) e o modelo de aprendizagem cognitiva, baseado no trabalho de Bandura (1971), Ellis (1962), Kanfer e Phillips (1972) e Mischel (1973).

A todos esses modelos poderíamos adicionar aqueles baseados no estudo do comportamento verbal, do qual derivam as técnicas de parada de pensamento, intenção paradoxal, etc. e as de treino de habilidades específicas, como treino de habilidades sociais, treinamento em solução de problemas, etc.²

3) O uso da técnica: quando, onde e por que?

A técnica é um procedimento, um modo de proceder; ela é, segundo o Aurélio eletrônico, “o conjunto de processos de uma arte”. Se sua descrição for precisa o suficiente, ela pode ser treinável e aplicável por qualquer pessoa. É muito comum que psiquiatras e terapeutas comportamentais treinem desde estudantes de psicologia a parentes de clientes como acompanhantes terapêuticos. A função desse treino é ensinar-lhes a aplicação de técnicas comportamentais. Depois de apresentada ao público, ou publicada, uma técnica qualquer supostamente pode ser aplicada por qualquer um que tenha acesso a ela .

No entanto, o grande equívoco está na decisão da aplicação de uma técnica.

² Para uma revisão melhor sobre estas técnicas veja o livro Caballo (1996).

Quando a aplicação de uma técnica deriva de uma análise funcional, exercida por um analista do comportamento ou terapeuta comportamental, provavelmente ela será bem aplicada e os resultados benéficos para a pessoa que sofreu sua aplicação.

Mas, partindo de um modelo médico ou quase-médico, e tendo-se um diagnóstico de uma patologia ligada ao comportamento de uma pessoa, bastará um relato de aplicação de técnica que tenha funcionado para que a tentação de aplicá-la no caso presente seja imperiosa.

Lettner (1995) afirma que:

“O diagnóstico psiquiátrico tradicional aparece no máximo irrelevante e no mínimo inadequado para a conceituação funcional e idiossincrática dos fenômenos clínicos de cada paciente e não conduz a um tratamento específico. O diagnóstico serve basicamente para facilitar a comunicação entre profissionais mas tem pouca implicação para o tratamento individual. Claro que dois indivíduos portadores de “transtorno de ansiedade” não exibem comportamento homogêneo e, ainda, apresentam variáveis dependentes cognitivas, autonômicas e motoras independentes (...). A prática da terapia comportamental de orientação tecnológica apresenta grandes limitações para a prática clínica eficaz (Meyer e Turkat. 1988)”. (pág. 30).

Um exemplo banal disto, advindo da área médica, poderia ser tomar um hipnótico (remédio que induz ao sono) num caso de insônia (diagnóstico para quem não dorme ou tem dificuldades para dormir). Esta seria provavelmente uma boa aplicação do remédio, caso a insônia seja causada por um episódio ansioso, situação na qual a pessoa não consegue “pegar” no sono. Seria uma péssima aplicação, caso a pessoa esteja sofrendo de algum episódio depressivo, situação na qual a pessoa “pega” facilmente no sono, mas acorda no meio da madrugada e não consegue dormir mais.

A mesma relação pode ser evocada para a utilização das técnicas comportamentais: a partir de uma descrição comportamental do tipo DSM-IV ou CID 10, conhecendo-se a descrição do conjunto de procedimentos denominados técnicas e sabendo-se de sua efetividade em casos de descrição semelhante, pode-se estar

utilizando uma técnica que fará com que aquele “sintoma” (comportamento específico) desapareça, mas a relação comportamental permaneça, sob novas formas de respostas que tenham a mesma função que a anterior.

Este fenômeno não é desconhecido dos terapeutas comportamentais. Ele denomina-se substituição de sintoma. Desde que a abordagem iniciou seus trabalhos de aplicação de procedimentos a respostas - e não a comportamentos - somos massacrados por descrições de “substituição de sintomas” e da pecha de que nossa abordagem é superficial. Com efeito, a área denominada por Modificação do Comportamento preocupou-se durante muitos anos em suprimir algumas respostas ou fortalecer algumas outras, mas não foi capaz de desenvolver a análise funcional.

E isto está sendo reproduzido hoje em dia. Já vi vários relatos de psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, acompanhantes terapêuticos e até de terapeutas comportamentais que afirmam que “por trás de um ritual aberto que foi suprimido por exposição apareceu um ritual encoberto maior que o primeiro”. Isto pode ser “substituição de sintoma”. O comportamento denominado ritual tem uma função de esquiva na vida da pessoa. Se for aplicada a técnica de exposição, agora ao ritual encoberto e esta aplicação for um sucesso (ou seja, suprimir o ritual encoberto), poderá aparecer um terceiro ritual, desconhecido até então, ou uma nova resposta de esquiva, por exemplo, uma fobia. Somente uma análise funcional poderá indicar o que está faltando para que a terapia desta pessoa apresente resultados satisfatórios.

A análise apresentada por Banaco em 1997 é um exemplo desse tipo. Nesse trabalho, com um cliente que apresentava pensamentos obsessivos de auto-lesão, o terapeuta, ao invés de optar por sessões de exposição aos pensamentos, resolveu aumentar a quantidade de fontes de reforçamento social disponíveis para esse cliente, como fruto de uma análise funcional.

Nessa linha de argumentação Lettner (1995) afirma que:

“A terapia comportamental eficaz depende claramente da especificação precisa das variáveis funcionais de desenvolvimento e manutenção uma vez que o procedimento de modificação é ditado por tal análise”. (pág. 30)

4) Para finalizar, um alerta:

A terapia comportamental e as terapias comportamental-cognitivas têm recebido um grande número de críticas absolutamente irracionais, muitas vezes veiculadas em mídias de amplo alcance. Uma delas, talvez a mais recente, aparece na Revista Veja de 22 de julho de 1998. Na reportagem sobre a crise nervosa do jogador Ronaldinho, intitulada “Pressão Demais”, o articulista Mário Sabino afirma:

“Obscurecido por pílulas que prometem a felicidade instantânea e por terapias comportamentais que tratam os pacientes como se fossem cobaias, o velho Freud, ainda hoje, não hesitaria em receitar o divã de um bom psicanalista aos aflitos pela ansiedade. (..).” (pág. 90), (grifos meus).

Talvez vinda de leigos, a afirmação não seja tão devastadora. Pior, a meu ver é que a própria Terapia Comportamental tem sido considerada como uma técnica por profissionais ligados ao tratamento dos transtornos de comportamento. Por exemplo, na apresentação do livro “Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos”, de organização de Bernard Rangé, o Dr. Jorge Elias Salomão - médico psiquiatra - diz o seguinte:

“Nas últimas três ou quatro décadas, o desenvolvimento de diversas correntes da Psicologia permitiu o aprimoramento de diferentes técnicas de psicoterapia.

Esta obra contém informações fundamentais sobre uma destas técnicas, a Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. e sobre sua forma de aplicação a diversos transtornos psicopatológicos.

(...) Encontraremos neste livro informações sobre esta técnica que mais rapidamente contribui para trazer alívio e remissão destes quadros tão comuns na prática atual” (pág. V) - grifos meus.

Desta forma, a “arte” está sendo confundida com o conjunto de procedimentos que utiliza para prestar seu serviço ao homem. Algumas vezes não chega a ser considerada nem mesmo um conjunto de procedimentos, mas apenas um. Seria o mesmo que dizer que fazer “Música” é o mesmo que retirar sons de um piano. Ou

dizer que fazer terapia comportamental é se utilizar, por exemplo, da técnica de exposição para transtorno do pânico.

As técnicas comportamentais são boas, são válidas, são úteis. Mas precisam ser empregadas num contexto terapêutico, e seu emprego ser decorrente da análise funcional, formulada por um profissional habilitado para isto.

Não podemos deixar que as pessoas transformem tudo em prego, só porque lhes demos um martelo.

Referência Bibliográficas

Banaco, Roberto A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. In Denis Roberto Zamignani (org.) **Sobre Comportamento e Cognição - A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos.** Capítulo 12. Santo André: Arbytes.

Caballo, Vicente (1996). **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento.** São Paulo: Santos Livraria Editora.

Cavalcante., Simone M.N.S. (1997). **O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-IV e a Análise Funcional do Comportamento.** Trabalho apresentado no VI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, promovido pela Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Santos.

Lettner, Harald W. (1995). Avaliação Comportamental. In Bernard Rangé (Org.) **Psicoterapia comportamental e Cognitiva dos transtornos psiquiátricos.** Capítulo 2. Campinas: Editorial Psy.

Kerbaux, Rachei Rodrigues (1983). **Terapia Comportamental Cognitiva: mudanças em algumas técnicas.** Cadernos de Análise do Comportamento. 4,30-45.

Kohlenberg, Robert J. & Cordova, J.V. (1994) Acceptance and the therapeutic relationship. In Hayes, S.C.; Jacobson, N.S.; Follette, M.V.; Dougher, M (Org.) **Acceptance and change: Content and context in psychotherapy.** Nevada: Context Press.

Kohlenberg, Robert J. & Tsai, Mavis (1991). **Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships.** New York: Plenum Press.

Marks, Isaac; Hodgson, R.; Rachman S. (1975). **Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure.** British Journal of Psychiatry; 127: 349-364.

Pereira, Mário E. C. (1997). **Apesar de todo esforço... DSM e CID não constituem uma psicopatologia.** Monitor Psiquiátrico. 3(1),3-5.

Stampfl, T.G.; & Lewis, D.J. (1967) **Essentials of implosive therapy: a learning theory based psychodynamic behavior therapy.** Journal of Abnormal Psychology, 72:496-503.