

UMA LEITURA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ACERCA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Tendo como suporte conhecimentos básicos em Análise do Comportamento, iremos focar agora de que maneira esta abordagem interpreta as patologias mentais. Já sabemos que Skinner delineou o modelo de seleção pelas conseqüências como explicação para o desenvolvimento e manutenção do comportamento dos indivíduos. Assim, entende-se que os diferentes repertórios apresentados pelos indivíduos devem ser compreendidos através dos mesmos mecanismos que explicam a existência de diferentes espécies animais de acordo com o modelo de seleção natural de Darwin. Estes mecanismos são: variação e seleção.

Sendo este o modelo explicativo adotado pela análise do comportamento, surge a idéia de que os comportamentos considerados “problemáticos” ou “inadequados” não são vistos como doença, transtorno, psicopatologia, ou qualquer outro termo que rotule o comportamento humano como patológico. Dentro desse raciocínio, os fenômenos comportamentais (sejam adaptativos ou não) têm causas e natureza iguais a de qualquer outro comportamento.

Na clínica comportamental, habitualmente interpretamos os problemas trazidos pelos clientes - e que podem ser enquadrados em uma categoria arbitrária de transtornos mentais do DSM-IV como, por exemplo, transtorno do pânico - como dificuldades em emitir comportamentos que produzem reforçadores ou emitir comportamentos de fuga-esquiva eficazes para escapar de conseqüências aversivas e punições. Assim, o olhar do terapeuta tem como foco não a descrição e observação da sintomatologia de um determinado transtorno no cliente, mas sim os déficits e/ou excessos comportamentais que estão trazendo sofrimento ao mesmo.

De acordo com Borges e Cassas (2012), a dificuldade em produzir reforçadores ou eliminar aversivos pode se dar por diferentes motivos: falta de repertório, falhas no controle discriminativo (o indivíduo não fica sob controle de eventos do ambiente que deveria ter para que sua resposta seja reforçada), dificuldades em relação à intensidade da resposta (déficits ou excessos comportamentais), etc. Cabe ao terapeuta, dentro deste contexto, auxiliar o cliente no desenvolvimento de repertórios mais eficazes que permitam maior acesso a reforçadores e menor exposição a eventos punitivos.

Indo um pouco mais além, Skinner (1959) afirmou que o comportamento humano é multideterminado, sofrendo influência de três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural como havíamos visto antes. Incluem-se aí também os transtornos mentais, ou seja, não existiriam diferenças significativas entre estes e outros comportamentos ditos “normais” dentro desta perspectiva.

Podemos dizer então que, os comportamentos emitidos por sujeitos portadores de transtornos mentais, são resultantes de suas histórias individuais submetidas ao controle de

variações genéticas (nível filogenético), experiências diretas com o meio (nível ontogenético) e experiências transmitidas pelo grupo social no qual ele está inserido (nível cultural). Todos estes níveis de seleção atuam em maior ou menor grau para o desenvolvimento de repertórios, sejam eles patológicos ou não, e os transtornos mentais são produtos dessa interação. Borges e Cassas (2012, p.97) resumem dizendo que “os transtornos psiquiátricos, assim como qualquer outro comportamento, são comportamentos multideterminados em suas origens e em sua manutenção”.

É evidente que, mesmo sob influência destes três níveis de seleção e submetidos às mesmas leis do comportamento, há casos em que o controle exercido por um determinado nível é visivelmente mais intenso. Por exemplo, em crianças com desenvolvimento atípico como o autismo, verifica-se forte influência de variáveis genéticas (nível filogenético) em sua instalação. Contudo, os outros dois níveis provavelmente também terão papel importante no quadro, como por exemplo, superproteção dos pais (nível ontogenético), e práticas de exclusão destes sujeitos (nível cultural).

Em outros casos, podemos nos deparar com um forte controle no nível ontogenético e cultural, mas pouca influência no nível filogenético. Por exemplo, em um indivíduo com um padrão comportamental denominado Fobia Social, podemos encontrar fortes experiências de punição no ambiente social como ser ridicularizado em público, por exemplo (nível ontogenético), e uma cobrança excessiva de que é preciso agradar a todos (nível cultural) mas não encontrar histórico familiar de transtornos mentais (nível filogenético).

Em se tratando de comportamento humano, o nível cultural exerce forte influência na classificação de determinados padrões habitualmente rotulados como psicopatológicos. Isso porque as práticas culturais necessitam estabelecer certos padrões de comportamento para facilitar o controle e a previsão dos indivíduos, de modo que padrões que se desviam do que a cultura dita como “normal”, consequentemente são rotulados como “anormais”, “patológicos”, etc.

Em contrapartida, a análise do comportamento, por interpretar que os repertórios dos indivíduos decorrem de processos de seleção e variação nos seus três níveis como explicado anteriormente, não avalia nenhuma forma de comportamento como psicopatológico, anormal ou disfuncional. Isso porque entende que o comportamento (seja ele qual for) é selecionado por suas consequências e, neste sentido, poderia também ser chamado de normal por ser produzido em função de uma história peculiar de seleção e variação (Skinner, 1959).

As descrições classificatórias de manuais como o DSM e a CID são meramente topográficas, ou seja, descrevem formas e estruturas comportamentais inaceitáveis do ponto de vista da cultura. Entretanto, o clínico comportamental não está interessado fundamentalmente em estruturas ou topografias comportamentais, e sim em suas funções, ou seja, seu trabalho é voltado para a identificação e manejo das contingências de reforçamento que expressam as

variáveis das quais o comportamento é função. Isso será melhor discutido quando falarmos sobre análise funcional.

Amparado por esta concepção de psicopatologia, o terapeuta comportamental irá atuar para a modificação de determinados comportamentos do cliente não porque estes sejam “patológicos” ou “anormais”, mas porque se desviam dos padrões e expectativas culturais estabelecidas, expondo o cliente ou àqueles do seu convívio a uma contingência de sofrimento. Borges e Cassas (2012, p.100), afirmam que “a análise do comportamento propõe que esses padrões comportamentais sejam analisados como déficits ou excessos comportamentais”, corroborando com o que discutimos anteriormente.

Para Sidman (1989/2003), os chamados “transtornos psiquiátricos” são produtos de uma sociedade coercitiva que puniria alguns tipos de comportamento que lhe são adversos. Além disso, o autor destaca ainda que algumas formas de adaptação à coerção social corresponderiam a repertórios de fuga e esquiva que interferem no funcionamento cotidiano do sujeito, levando a um desajustamento social e a uma capacidade reduzida para engajamento em comportamentos construtivos, implicando em severos custos pessoais e sociais.

Em resumo, os transtornos mentais podem ser considerados como respostas adaptativas para situações extremas ou “transtornadas” (Falk e Kupfer, 1998 apud Borges e Cassas, 2012). O objetivo principal do terapeuta que atua baseado nesta concepção (comportamental) seria buscar novas formas de interação entre o indivíduo e seu meio, minimizando estimulações aversivas e potencializando relações reforçadoras. Entende-se que a construção destas novas relações (desta vez mais reforçadoras) por parte do cliente com a ajuda do terapeuta resultariam em diminuição do sofrimento do primeiro. Lembrando sempre que, para que este objetivo seja alcançado, o terapeuta deve sempre lançar mão da identificação, análise e alteração (se necessário) das contingências que estão operando no desenvolvimento e manutenção do(s) problema(s) apresentado(s).

Para efeito de ilustração, vamos apresentar agora de forma resumida como a análise do comportamento explica um padrão que chamamos de **Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)**.

Em primeiro lugar, é necessário que possamos ter uma compreensão do que é ansiedade de acordo com este modelo. Alguns autores trazem definições que se assemelham às definições do senso comum, descrevendo a ansiedade como um estado emocional desagradável, voltado para o futuro e com desconfortos somáticos relevantes. Estes desconfortos, habitualmente, referem-se à sensações físicas que as pessoas chamam de “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta”, “mãos suadas”, sendo descritos também como algo paralisante.

Estudando mais a fundo o fenômeno, desta vez com um viés mais científico e operacionalizável, podemos encontrar alguns elementos comuns àquilo que damos o nome de ansiedade. O primeiro deles diz respeito à uma excitação biológica ou manifestações

autônômicas (taquicardia, hiperventilação, sudorese, tremores, dentre outras). O segundo, à uma redução na eficiência comportamental (déficit em habilidades sociais, dificuldades de concentração e memória, etc.). O terceiro elemento comum refere-se à presença de respostas de fuga-esquiva (elemento marcante da ansiedade). E, por fim, há a presença de relatos verbais de estados internos desagradáveis como angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar, etc. (Gentil, 1998; Kanfer e Phillips, 1970 apud Banaco, 2004).

Para que a ansiedade seja alvo de atenção clínica, é necessário que ela apresente algumas características como: comprometimento do funcionamento ocupacional, social e acadêmico do sujeito; o próprio sujeito considerar que seu grau de sofrimento é excessivo e incontrolável; e haver presença de respostas de fuga-esquiva que ocupem um tempo considerável do dia. Frente a estas características, a psiquiatria e a psicologia tradicional consideram o sujeito como tendo um Transtorno de Ansiedade.

Entretanto, para a análise do comportamento, a ansiedade (assim como qualquer outro estado emocional) é considerada um fenômeno comportamental. Isso significa dizer que a ansiedade deve ser olhada em sua relação com o ambiente (interno e externo), incorporando todos os elementos que o terapeuta comportamental utiliza em sua análise, ou seja, identificando as relações de contingência que estão envolvidas no fenômeno.

Nesta perspectiva, a ansiedade incorpora tanto elementos respondentes (reações fisiológicas já citadas) como elementos operantes (respostas de fuga-esquiva). A manifestação de respondentes e operantes na ansiedade decorre da apresentação de um estímulo aversivo incondicionado que elicia naturalmente respostas de ansiedade ou da sinalização da apresentação de um estímulo aversivo, que, neste caso, damos o nome de estímulo aversivo condicionado ou estímulo pré-aversivo. O componente operante da resposta ansiosa seria acionado como um mecanismo de evitação ou fuga dos estímulos aversivos e/ou pré-aversivos.

No caso da apresentação de um estímulo aversivo incondicionado, as respostas eliciadas seriam mais compatíveis com a emoção do medo (que em termos respondentes não se diferencia da ansiedade), mas no caso da ansiedade, estímulos que antes eram neutros, passaram a ter função de estímulo condicionado aversivo através de sucessivos pareamentos, e é a estes estímulos (chamados de pré-aversivos) que a pessoa responde com ansiedade (tanto a nível respondente quanto operante).

Feita essa conceituação inicial da ansiedade, vamos analisar o funcionamento do TAG a partir desta perspectiva. Como o próprio nome do transtorno sugere, as respostas ansiosas em indivíduos diagnosticados com TAG ocorrem de forma generalizada, ou seja, diante de diferentes e variados estímulos (generalização de estímulos). Além disso, indivíduos com TAG não conseguem discriminar o estímulo eliciador dos respondentes ansiosos (ao contrário de outros transtornos ansiosos, como por exemplo a fobia social ou fobias específicas, em que o indivíduo identifica um estímulo eliciador específico) e a intensidade destes respondentes não é

suficientemente elevada a ponto de ser discriminada como “sensação de morte iminente” (no caso do transtorno de pânico). Soma-se a isso um desconhecimento por parte do sujeito do momento específico no qual os sintomas começaram a emergir (como é o caso do transtorno de estresse pós-traumático) e também a inexistência de comportamentos públicos estereotipados que se expressam através de rituais de checagem, lavagem, etc. (transtorno obsessivo-compulsivo).

Por meio desta análise, vemos que o TAG se compõe de uma classe de respostas ansiosas cujos estímulos antecedentes eliciadores ou discriminativos são generalizados, difusos e ambíguos. É um quadro que necessita do condicionamento de estímulos (que adquiriram função aversiva) e da generalização desse controle de estímulos (De-Farias; Bravin, 2010). Desta forma, o que marca e diferencia o TAG dos outros quadros ansiosos é o fato do sujeito não ser capaz de discriminar a fonte de estímulos eliciadores de suas respostas ansiosas. Há relatos na literatura de que estes indivíduos tendem a não possuir um repertório de auto-observação acurado e bem desenvolvido, prejudicando assim a identificação dos momentos que antecederam as primeiras respostas intensas de ansiedade e o processo histórico por trás disso (De-Farias; Bravin, 2010). A conclusão que se chega é que, ao lidar com um caso de TAG, o terapeuta comportamental parte do pressuposto de que ocorreu um processo de generalização de estímulos, ou seja, as mesmas respostas (ansiedade) são controladas por uma ampla classe de estímulos.

Para finalizar, é importante enfatizar que o objetivo deste módulo foi apresentar uma visão geral da análise comportamental sobre os transtornos mentais e uma breve análise sobre um destes transtornos: o transtorno de ansiedade generalizada. Foge ao escopo deste curso uma abordagem mais aprofundada sobre o tema, cabendo ao aluno buscar as referências para esse fim caso haja maior interesse.