

# A psicoterapia comportamental como psicoterapia breve

LUÍS GAMITO \*

Durante a 2.<sup>a</sup> Grande Guerra foram realizados esforços importantes para se alcançar o tratamento de neuroses de combate num tempo tão breve que permitisse ao soldado o rápido regresso ao campo de batalha (Horowitz, 1981).

Outros interesses de natureza material e de planeamento de saúde pública vieram posteriormente afirmar a necessidade da razão custo/eficácia dos procedimentos terapêuticos. E, conjuntamente com o interesse científico, justificaram a partir das décadas de 60 e 70 e até aos nossos dias, a revitalização das técnicas de tratamento mais compactas, mais acessíveis e de útil eficácia.

Na realidade, terapias breves terão existido desde que existe o próprio homem e é para nós sempre motivo para uma sedutora curiosidade aquela ou aquelas proposições que vamos redescobrir entre os antigos. Por exemplo, escreveu Epicteto: «Para tornar qualquer coisa num hábito, pratique-a. Para não a tornar num hábito, não a pratique. Para se desabilitar dela, pratique outra coisa em seu lugar».

Para alguns, a terapia breve é uma atitude. É a afirmação de situar-se referenciado aos objectivos e ao balanço entre estes e os processos a usar para os alcançar.

É assim algo mais que a definição crono-complacente de Butcher and Koss (1978):

«Hoje, muitos clínicos concordam que 25 sessões é o limite superior duma "terapia breve", havendo

muitos terapeutas a recomendar cursos de tratamento durante uma a seis sessões e outros 10 a 25».

## A PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL

Nestes sentidos, a terapia comportamental pode ser classificada inquestionavelmente como uma das várias formas de terapia de curta duração. Ainda que possa ser também uma terapia prolongada.

Wolpe procurou defini-la em 1969: «A terapia comportamental é a utilização dos princípios de aprendizagem experimentalmente definidos com o objectivo de modificar os comportamentos inadaptados».

Já Bouchard (1981) achou por bem uma definição mais genérica: «A terapia comportamental é a aplicação do conjunto dos conhecimentos psicológicos adquiridos segundo os princípios da metodologia científica para a compreensão e a solução dos problemas clínicos».

«Princípios de aprendizagem» para um autor (Wolpe), «Princípios da metodologia científica» para outro (Bouchard), são asserções que substantivam um processo epistemologicamente diferenciado pela prática no tempo e por formações distintas dos especialistas. E assim suscitam um campo aberto à confluência de modelos.

É já comum a referência a cinco marcos que informam, dão corpo histórico e teorizam a actualidade das técnicas comportamentais:

\* Unidade de Terapia de Comportamento do Hospital Júlio de Matos.

1. A escola russa de Pavlov e Bechterew.

Em 1928 Bechterew publicara os resultados de tratamentos de perversões sexuais. Mais tarde, Pavlov descreve a utilização destes métodos para tratamento da neurose obsessiva e histeria.

2. Em 1950 Wolpe e Arnold Lazarus referem o princípio da inibição recíproca, já descrito anteriormente por Sherrington.

3. A Escola Americana. Com Clark Hull estabelece-se o conceito de potencial de reacção (hábito); considera-se a pulsão duma resposta e a inibição.

Em 1954 Skinner faz a descrição experimental do condicionamento operante.

4. A Escola inglesa de Eysenck, Rachman e Marks, entre outros.

5. Inclusão nos modelos teóricos de uma série de constructos cognitivos que permitiriam ao nível humano explicar certos comportamentos que as concepções mais mecanicistas dificilmente explicam (Bandura, 1969; Lazarus, 1972; Ellis, 1957-73; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Goldfried e Davison, Kazdin e Wilson, 1978; Beck, 1976...).

Por outro lado, os princípios de aprendizagem considerados por muitos como processos que definem a essência da aquisição e manutenção de comportamentos e, bem assim, da sua modificação, têm-se categorizado em três instâncias: 1. Condicionamento clássico (Pavlov). 2. Condicionamento operante (Skinner), cuja equação  $S \rightarrow R \rightarrow S'$  significa que a probabilidade de ocorrência de um comportamento depende das consequências temporais desse comportamento e, assim, todo o comportamento está sob o controlo de factores do ambiente externo, para além da influência genética. 3. Teoria de aprendizagem social de Bandura que nos fala da expectativa de eficácia (aptidão) e da expectativa do resultado. A resposta emocional não advém tanto do resultado, mas antes da capacidade baixa de eficácia que o indivíduo sente perante os outros, no desempenho de determinada tarefa.

Com afinidades ao modelo de Bandura e ao sentido da expectativa referir-se-á a teoria de aprendizagem de sinal de Tolman, as teorias de Mac Corquodale e Meehl, de Rotter e os trabalhos de Seligman sobre a expectativa na situação de desespero aprendido (Vaz Serra, 1984). Na sua aplicação clínica esta abordagem da aprendizagem social aproxima-se em similaridade à terapia com-

portamental multimodal de Lazarus (1971, 1976).

Outros autores (Kanfer e Saslow, 1965; Kanfer e Philips, 1970; Herrera, 1974) têm enfatizado a necessidade do estabelecimento de uma equação que produza e dê expressão à Análise funcional do comportamento:  $E \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow K \rightarrow C$ , em que E — estímulos (condições ambientais específicas que se encontram em relação com o comportamento, estímulos discriminativos); O — organismo; R — respostas: «respondentes» e operantes; K — relação de contingência, «contingência de reforço» relação transporal que existe entre os estímulos (situação), a resposta e os eventos que lhe sucedem (programas de intervalo variável e programas de razão fixa); C — consequência.

Em 1949 Victor Raimy descreveu o campo da psicoterapia como o seguinte: «Psicoterapia é uma técnica indefinida aplicada a casos inespecíficos, com resultados imprevisíveis. Para utilização desta técnica é requerido um rigoroso treino».

Desde então alguma coisa se tem modificado neste campo e se muitos procedimentos aguardam ainda uma definição explicável pela ciência o que se sabe hoje em dia é que existem 400 diferentes tipos de psicoterapia (Karasu, 1986) já recensados em todo o mundo.

Alguns (London e Klerman, 1982) concordam em categorizar as psicoterapias em quatro classes: 1. Diálogos verbais; 2. Diálogos verbais em situações dramáticas; 3. Activa manipulação do corpo (química ou física); 4. Com intervenção biológica.

Ou ainda, atribuem-lhes quatro importantes características: 1.<sup>a</sup>) A psicoterapia é uma indústria de pequenas firmas; 2.<sup>a</sup>) Existem várias concentrações de consumidores. Estes (pacientes, clientes) raramente estão organizados; 3.<sup>a</sup>) A psicoterapia favorece o desenvolvimento de indústrias de recreio; 4.<sup>a</sup>) A sua tecnologia é, em regra, suave.

Uma problemática sempre presente no exercício psicoterapêutico é a da avaliação dos seus resultados. A complexidade desta questão não podendo ser abordada com rigor aqui nesta circunstância merece contudo uma breve atenção.

Trata-se também do dilema da especificidade versus inespecificidade dos factores presentes na terapêutica.

Desde logo, perante tantas hipóteses terapêuticas a dífide sectarismo/ecletismo se perfila na ansiedade do rigor perfeccionista ou no horizonte das boas maneiras. A este propósito Smith e col. «advertem

contra um ecletismo que na prática se torna incapaz de diferenciar um tipo de psicoterapia de outro. Um dos paradoxos da psicoterapia pode ser o de que apesar de todas as terapias serem igualmente efectivas, cada qual tem de escolher apenas uma para aprender a praticar».

Mas sê-lo-ão todas igualmente efectivas? Ou interrogar-nos-emos acerca do ideal de Paul: Qual tratamento, por quem, é mais eficaz para este indivíduo, com este específico problema e nestas determinadas circunstâncias? Ou seja, individualidade ou universalidade. Exemplificando, para o tratamento de uma depressão: Terapia Cognitiva ou Terapia Interpessoal? Uma vez que as duas possibilidades parecem sugerir resultados idênticos.

Staples e colaboradores (1981) delinearão o estudo experimental em que 60 pacientes neuróticos foram acompanhados durante quatro meses por três terapeutas do comportamento mais três terapeutas de orientação analítica. Os resultados foram os seguintes: 1. Melhoraram sobretudo os pacientes de quem os terapeutas gostaram mais. 2. Melhoraram também aqueles que tiveram mais tempo de verbalização.

E como escapar aos factores de personalidade do terapeuta como factores inespecíficos que podem contribuir para uma melhoria de resultados? Parecem ser três os factores do terapeuta que dão esta contribuição (N. Epstein, 1981): 1. Nível de experiência; 2. Género masculino; 3. Aptidões em construir e manter um relacionamento efectivo com o paciente.

Por outro lado, o tipo de cliente parece condicionar também a eficácia psicoterapêutica. A sigla JAVIS representa esse tipo desejado por qualquer psicoterapeuta — Jovem, Atraente, Verbal, Inteligente e com Sucesso (Kazdin, Wilson, 1978).

A terapia comportamental tem contribuído para desenvolver métodos de avaliação clínica que permitam uma adequação prática e um registo de dados de utilidade própria para o acompanhamento dos casos, mas também de utilidade experimental para responder quanto possível às questões que têm vindo a ser enunciadas.

Por outro lado, Kazdin (1978), aponta a existência de cinco elementos comuns nos tratamentos comportamentais: 1. Ênfase nos factores determinantes actuais; 2. Consideração do stress associado à mudança do comportamento objectivo como critério da avaliação terapêutica; 3. Especificação dos problemas-alvo na definição, tratamento e avaliação

da perturbação; 4. Especificação objectiva do tratamento de forma a poder replicar-se; 5. Pesquisa básica como fonte de hipóteses.

Poderá acrescentar-se ainda que a especificidade das técnicas produzirá efeitos mais marcados em determinadas áreas do funcionamento pessoal, ou seja, num ou noutra dos sistemas com os quais se correlacionam. Isto é, admitindo a formulação triádica de Lang para as emoções: no sistema psicofisiológico, no sistema cognitivo e no sistema comportamental.

#### Quadro 1

##### *Algumas contribuições para a psicoterapia comportamental (Marks, 1981)*

1644 — Sir Kenelm Digby, «trazer para a fantasia com circunstâncias agradáveis o objecto tido como desagradável».

1693 — Locke, «exposição» 200 anos depois dos chineses (fobia do ruído).

##### **Fontes psicanalíticas:**

Freud, 1919; Fenichel, 1963 (indução à exposição).

Ferenczi, 1952 (exposição in vivo).

Ovesey, 1966 (exposição em agorafóbicos).

##### **Psicoterapia geral:**

Pierre Janet, 1924 — 24 «curas acidentais» de obsessivo-compulsivos no serviço militar.

Lewis (1936); Leonhard (1963).

Herzberg (1941); Levine (1942); Rudolf (1961).

Sifneos (1968): anxiety-provoking psychotherapy.

Mallison (1959).

##### **Intervenção paradoxal:**

Frankl, 1960; John Hunter (1986).

##### **Psicoterapias orientais:**

Técnicas de meditação do Budismo Zen.

Morita — inclui técnicas implosivas (exposição em imaginação).

Exposição in vivo sugerida por Kora (1968).

##### **Interpretação de sonhos Senoi**

##### **Outras**

Paragem do pensamento (Lewis, 1857).

Saciação

Psicodrama

## Quadro 2

### *Algumas datas importantes para a psicoterapia comportamental*

- 1920 — Watson e Rayner: condicionamento clássico fóbico traumático (pequeno Albert).  
1924 — Mary Cover-Jones: dessensibilização ao vivo.  
1911, 1927, 1937 — Thorndike: Lei do efeito, «as consequências satisfatórias fortalecem a conexão entre S — R...».  
1938 — Skinner: condicionamento operante.  
1950 — Dollard e Miller: combinam os princípios da psicanálise com os de condicionamento e aprendizagem.  
1958 — Yates: tratamento de tiques, aplicação da teoria de Hull.  
1952, 1958 — Wolpe; 1959, 1960 — Eysenck; 1938 — Skinner: similaridades da prática clínica e educativa comportamental.  
1970 — Robert; 1971 — Bandura: aprendizagem vicariante.  
1972 — Lazarus: reestruturação cognitiva, correção de falsos conceitos.  
1957-1973 — Ellis: modelo A-B-C (psicologia racional emotiva).  
Mahoney, 1974; Meichbaum, 1977; Golfried e Davison, Kazdin e Wilson, 1978; Beck, 1976...

Por esta razão podem e devem utilizar-se várias técnicas diferenciadas para benefício de um mesmo caso. Um certo cliente poderá fazer «exposição ao vivo», um treino de aptidões sociais e ainda um fármaco que actue no controlo das crises de pânico.

De qualquer modo vários especialistas crêem que existem sempre três agentes de mudança terapêutica que todas as escolas de terapia partilham como bases das suas diferentes técnicas. De acordo com Karasu (1986) elas são a experiência afectiva, o manejo cognitivo e a regulação comportamental.

## **ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS DE TERAPIA COMPORTAMENTAL DE DURAÇÃO BREVE**

### **Perturbações fóbicas**

As fobias específicas tais como medo de animais, das alturas, dos espaços fechados, elevadores e outros parecem não necessitar para além de meia dúzia de

sessões em que se utiliza a modelagem e a exposição ao vivo, técnica que tem mostrado ser a mais efectiva para a maioria das situações fóbicas (Bandura, 1977; Marks, 1978).

Perturbações fóbicas complexas como as agorafóbicas são tipicamente tratadas num tempo breve com sucesso significativo.

### **Perturbações obsessivo-compulsivas**

Depois de métodos como a dessensibilização sistemática em imaginação terem provado a sua ineficácia, têm sido desenvolvidas técnicas alternativas como exposição in vivo e a prevenção de respostas (Rachman, Hodgson, 1980, e outros).

### **Perturbações depressivas**

A terapia cognitiva tem vindo a afirmar-se com as suas potencialidades nesta área tão prevalente entre as pessoas que vêm solicitar ajuda.

Mas deve referir-se o trabalho de Mc Lean e Hakstian (1979) em que um programa multifacetado com componentes comportamentais e cognitivos se mostrou efectivo na limitação de abandonos do tratamento.

Ou ainda entre outros, a abordagem psicoeducacional de Brown e Lewinshon (1984), através da utilização de um curso «Coping with depression» em que são fornecidas técnicas de treino de aptidões sociais, pensamento, actividades agradáveis e relaxamento.

### **Outras situações**

Também nas disfunções sexuais, desde Masters e Jonhson, técnicas importantes de curta duração têm sido utilizadas.

Outra área tem sido considerada, a dos comportamentos de dependência, devendo salientar-se aqui os trabalhos de Sobell e Sobell que apresentam um programa terapêutico para o alcoolismo, introduzindo a noção de bebedor controlado.

As diversas especialidades médicas têm obtido ajuda diversa por parte dos terapeutas do comportamento suscitando por essa razão a existência de uma nova especialidade, a Medicina Comportamental.

Existe uma grande flexibilidade na intervenção. A aplicação de auto-manuais, envolvendo um contacto mínimo com o terapeuta, o auxílio de «assistentes psicológicos» incluindo os membros da família do cliente ou a própria intervenção junto desta família ou até no local de trabalho são práticas frequentes limitadas entre nós por condições de estrutura.

### Eficácia da terapia comportamental

Qual a efectividade da terapia comportamental?

Kazdin e Wilson (1978), Rachman e Wilson (1980), têm analisado em detalhe a sua eficácia. Os dados comparativos revelam uma pobreza de estudos suficientemente bem controlados para se atingirem interpretações inequívocas. Contudo, Kazdin e Wilson julgam poder afirmar quatro pontos fundamentais: 1. Nem uma simples comparação mostrou a terapia comportamental como inferior a outra psicoterapia. Pelo contrário, vários estudos demonstraram que a terapia comportamental chega a ser significativamente mais efectiva do que o tratamento alternativo; 2. Não há evidência de substituição de sintomas após terapia comportamental, mesmo em estudos delincados explicitamente para descobrir efeitos negativos colaterais, pelo contrário, os avaliadores têm a impressão informal de que, quando melhora um sintoma primário de um cliente, ele muitas vezes refere espontaneamente a melhoria de outras dificuldades menores; 3. Não é sustentável a ideia de que a terapia comportamental deve ser melhor aceite como uma limitada e superficial forma de tratamento que pode ser útil como coadjuvante de psicoterapia convencional; 4. A terapia comportamental é mais facilmente aplicável a um grande grupo de perturbações psicológicas do que a tradicional psicoterapia.

Apesar de Marks salientar em 1982 que 12% dos doentes psiquiátricos do ambulatório, o que significaria 25% dos pacientes neuróticos, têm como indicação terapêutica de primeira escolha a terapia comportamental, hoje em dia pode estimar-se que tais números poderão ser alargados se atendermos ao desenvolvimento e aplicabilidade das técnicas cognitivo-comportamentais.

- BANDURA, A. (1969) — *Principles of behaviour modification*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- BANDURA, A. (1986) — *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs. New Jersey.
- BARLOW, D. H., BECK J. G. (1984) — The psychosocial treatment of anxiety disorders: Current status, future directions. In *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?*, Guilford Press. New York.
- BECK, A. T., RUSH, A. Y., SHAW, B. F., EMERY, G. (1979) — *Cognitive Therapy for Depression*. The Guilford Press. New York.
- ELLIS, A. (1962) — *Reason and emotion in psychotherapy*. Stuart, New York.
- EPSTEIN, N. (1981) — *Research of the results of Psychotherapy*. Am. J. Psych., 138:8, Aug.
- EYSENCK, H. J. (1960) — *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon Press, London.
- FRANCK, J. D. (1961) — *Persuasion and Healing*. The John Hopkins Press. Baltimore.
- FRANKL, V. (1975) — Paradoxical intention and dereflexion. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 12:226-237.
- KAUFER, F. H. and PHILIPS, J. S. (1970) — *Learning Foundation of Behaviour Therapy*, John Wiley and Sons, New York.
- KARASU, T. B. (1986) — *The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents*. Am. J. Psy.; 143:6, June.
- KAZDIN, A. E., WILSON, G. T. (1978) — *Evaluation of behaviour therapy: issues, evidence and research strategies*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.-A., GRANGER, L. (1977) — *Therapies Behaviorales*, Edisern Inc.
- LAZARUS, A. A. (1974) — *Multimodal behavioral treatment of Depression*. Behaviour Therapy, 5:549-554.
- LEWINSHON, P., BROWN, A. (1984) — *A psychoeducational approach to the treatment of Depression: Comparison of group, individual and minimal contact procedures*. J. of Cons. and Clin. Psych., 52; 5, 774-783.
- LONDON, P., KLERMAN, G. (1982) — *Evaluating Psychotherapy*. Am. J. Psy. 139:6, June.
- LIBERMAN, R. P., KING, L. W., DERISI, W., J. and MC CAREN, M. (1975) — *Personal Effectiveness*, Research Press, USA.
- MAHONEY M. J., ARNKOFF (1978) — *Cognitive and self control therapies*. In Garfield S. L., Bergin A. E. (Eds.). Handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York.
- MARKS, I. (1981) — *Cure and care of neurosis*. Wiley, New York.

## RESUMO

Enunciam-se conceitos referentes ao desenvolvimento das técnicas comportamentais no âmbito das psicoterapias de breve duração. Salienta-se a importância dos princípios de aprendizagem e dos princípios da metodologia científica para a melhor compreensão e solução dos problemas clínicos. São referidas algumas contribuições históricas para a psicoterapia comportamental e apontam-se experiências da prática clínica.

## ABSTRACT

The author outlines some concepts relevant to the development of the behavioral techniques in the context of the brief duration psychotherapies. Particular salience is given to the principles of learning and to those of scientific methodology for a better understanding and solving of clinical problems. Finally the author refers some historical contributions to behavioural psychotherapy and points to experiences in clinical practice.

- PAVLOV, I. P. (1967) — *Psicopatologia y Psiquiatria*. Ed. Morata, Madrid.
- RACHMAN, S. J., WILSON, G. T. (1980) — *The effects of psychological therapy* (2nd. ed.), Pergamon Press, Oxford.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975) — *Helplessners*, W. H. Freeman and Co., San Francisco.
- SKINNER, B. F. (1970) — *Ciência e comportamento humano*. Editora Universidade de Brasília, Brasília.
- VAZ SERRA, A. (1979) — *O que é a terapêutica do comportamento?*, *Análise Psicológica*, II, 2:191-206.
- VAZ SERRA, A. (1984) — *Investigação em terapêutica do comportamento*. *Psiquiatria Clínica*, vol. 5, n.º 2, pp. 61-77.
- VAZ SERRA, A. (1984) — *O sentido clínico da expectativa*. *Psiquiatria Clínica*, 5, (3), pp. 107-117.
- WATSON, J. B. and RAYNER, R. (1960) — *Conditioned Emotional Reactions*, in H. J. Eysenck (Ed.), *Behaviour therapy and the neurosis*, Pergamon Press, London, pp. 28-37.
- WOLPE, J. (1972) — *As bases experimentais de alguns novos métodos psicoterapêuticos*, pp. 701-727 de *Fundamentos experimentais da psicologia clínica*, edit. A. J. Bachrach, Edit. Herder, São Paulo, Brasil.
- WOLPE, J. (1973) — *The practice of Behaviour therapy*. Pergamon General Psychology Series, Pergamon Press, Inc.