



# PUC RIO

ROSAURO LUNA TORRES

CONCEPÇÃO E TRATAMENTO DOS COMPORTAMENTOS ROTULADOS DE  
ESQUIZOFRÊNICOS DENTRO DA TEORIA DE APRENDIZAGEM SOCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, dezembro de 1978

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea  
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil  
<http://www.puc-rio.br>

N.Cham. 150 T693 TESE UC

Título Concepção e tratamento dos comportamentos rotulados de



Ex.1 PUCB

0114301

ROSAURO LUNA TORRES

CONCEPÇÃO E TRATAMENTO DOS COMPORTAMENTOS ROTULADOS DE  
ESQUIZOFRÊNICOS DENTRO DA TEORIA DE APRENDIZAGEM SOCIAL

Dissertação apresentada ao  
Departamento de Psicologia  
da PUC/RJ como parte dos re  
quisitos para obtenção do  
título de Mestre em Psicol  
ogia Teórico-experimental.

Orientador: Bernard Rangé

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, dezembro de 1978

78003

3795  
 3-4-79  
 144301 PK

150  
 T673  
 11-29 '80

BT 3513-6  
 ex 1

## Meus agradecimentos

- ao Professor Bernard Rangé, orientador desta dissertação.
- aos Professores Sylvia Duncan e Álvaro Pacheco Duran que também muito contribuíram para a realização deste trabalho.
- à Universidade Federal de Sergipe pela licença concedida para fazer o curso.
- ao Departamento de Psicologia e Sociologia da UFS pelo apoio dispensado.
- ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ pelos novos conhecimentos adquiridos.
- à Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe pela licença concedida para fazer o curso.

A Isaura  
A meus pais

## RESUMO

O trabalho mostra a concepção e tratamento dos comportamentos rotulados de esquizofrênicos dentro da teoria de aprendizagem social. Apresenta de modo sucinto as contribuições de WATSON e SKINNER para a terapia do comportamento atual. Aborda a concepção dos comportamentos desviantes dentro do modelo médico e do modelo de aprendizagem social, enfatizando as implicações decorrentes. Expõe as principais técnicas da terapia do comportamento aplicadas aos comportamentos ditos esquizofrênicos, ilustrando com pesquisas realizadas.

## ABSTRACT

The dissertation outlines the conception and treatment of behaviors labeled as schizophrenic as envisaged by social learning theory. It briefly presents Watson's and Skinner's contributions to today's behavior therapy and the conception of deviant behavior within the medical as well as the social learning model, with emphasis on the resulting implications. It presents the main techniques of behavior therapy applied to the behaviors classified as schizophrenic, illustrating them with research already developed.



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	AS BASES DA PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL .....	7
2.1	WATSON e o Behaviorismo .....	7
2.2	SKINNER e a "Teoria do Reforço" .....	9
3.	O COMPORTAMENTO DESVIANTE E NÃO-DESVIANTE .....	12
3.1	Como São Encarados dentro do Modelo Médico .	12
3.1.1	Histórico .....	12
3.1.2	A classificação diagnóstica psiquiátrica dos comportamentos desviantes .....	16
3.1.3	O tratamento psiquiátrico .....	20
3.2	O Conceito de Comportamento Desviante e Não-desviante no Modelo de Aprendizagem Social .	24
3.2.1	A importância do contexto sócio-cultural .....	24
3.2.2	Formação e substituição de sintomas ...	29
3.3	Modelo de Aprendizagem Social Aplicado ao Comportamento Rotulado como Esquizofrênico .	34
3.3.1	A concepção behaviorista do comportamento "esquizofrênico" .....	34
3.3.2	O comportamento "esquizofrênico" no hospital .....	39
4.	TÉCNICAS DA TERAPIA DO COMPORTAMENTO APLICADAS AO CONJUNTO DE COMPORTAMENTOS ROTULADOS COMO "ESQUIZOFRENIA" .....	47

4.1	O Diagnóstico Comportamental .....	47
4.2	As Técnicas da Terapia do Comportamento ....	50
4.2.1	Visão geral: breve comparação com outras técnicas .....	50
4.2.2	Principais técnicas da terapia do comportamento empregadas para modificar comportamentos denominados esquizofrênicos .....	53
4.2.3	Uma tentativa de organização das técnicas comportamentais em relação aos comportamentos rotulados de esquizofrênicos .....	72
4.2.4	Comentários finais às técnicas comportamentais .....	75
5.	CONCLUSÃO .....	79
	NOTAS .....	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	88
	LEITURAS ADICIONAIS .....	93

## 1. INTRODUÇÃO

Comportamento é toda e qualquer atividade apresentada pelos animais, inclusive seres humanos, como nadar, andar, fazer ninhos, escrever, incluindo respostas complexas como falar e pensar, como também atividades glandulares e respostas musculares simples.

Os comportamentos ocorrem em um contexto temporal e espacial apropriado segundo os padrões e normas de um meio social. Quando assim não ocorrem, podem ser considerados desviantes.

O estudo dos comportamentos desviantes sempre foi uma área de interesse em psicologia, psiquiatria e nas ciências humanas de um modo geral.

Os comportamentos desviantes têm sido largamente atribuídos a determinadas causas internas, quer sejam de origem meramente psicológica ou de origem puramente orgânica. A atribuição de que os comportamentos desviantes são apenas - sintomas de processos internos - denominados doenças mentais caracteriza o modelo médico.

O modelo médico aplicado aos comportamentos desviantes foi indubitavelmente um esforço válido para explicá-los. Hoje, no entanto, esse modelo tem se revelado inadequado a tal finalidade. Ao enfatizar o papel preponderante de supostas "causas internas" na explicação dos comportamentos desviantes, o modelo médico relegou a um plano secundário, a influência que exerce o contexto sócio-cultural no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos desviantes.

Várias definições já foram dadas para conceituar

a "doença mental". Todavia as divergências são enormes e não têm esclarecido coisa alguma. Na realidade, a aplicabilidade prática desse conceito tem acarretado uma série de obstáculos na readaptação à sociedade, de pessoas que apresentam desvios de comportamento. Rotular uma pessoa, com desvio de comportamento, de doente mental, principalmente no caso de desvios mais graves, além de conferir-lhe um estigma para o resto da vida, diz muito pouca coisa sobre a própria pessoa e sobre o contexto social em que vive. O rótulo implica em julgamentos pessoais que estão intimamente ligados a fatores sócio-culturais, isto é, o terapeuta faz parte de uma realidade social e, portanto, possui os seus próprios valores e crenças pessoais. Essas características do terapeuta interferem a partir do momento em que ele passa a julgar os problemas psicológicos de uma pessoa. Julga os de acordo com esses valores e essas crenças, mesmo que não esteja plenamente consciente do que faz. Isso leva a um paradoxo evidente: ao mesmo tempo em que o rótulo diz pouca coisa sobre o contexto social, o procedimento de rotulação envolve esse mesmo contexto. Tudo isso é consequência da falta de precisão do conceito de doença mental que tem se revelado vago, confuso e, inclusive, tem contribuído para agravar os problemas de uma pessoa que recebe o rótulo de doente mental.

Devido a essas fragilidades, entre outras, autores de diferentes correntes passaram a criticar severamente a validade e a utilidade do conceito de doença mental, achando-o desnecessário na explicação e solução dos comportamentos desviantes que devem ser encarados fundamentalmente dentro do contexto sócio-cultural.

Quando a psiquiatria admite que os comportamentos ditos esquizofrênicos são determinados por uma "esquizofrenia" subjacente, conseqüentemente considera que o ambiente sócio-cultural desempenha um papel secundário no desenvolvimento desses comportamentos. Ao nosso ver, problemas conjugais, familiares, religiosos, econômicos, isto é, problemas sociais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção desses comportamentos ou de qualquer outro.

A nossa experiência em hospitais psiquiátricos, lidando com pessoas rotuladas como "doentes mentais" e particularmente "esquizofrênicas", conduziu-nos a adotar uma atitude crítica em relação ao conceito de doença mental. Assistindo ao drama dessas pessoas que receberam o rótulo de "doença mental" e, por isso, em geral, são menosprezadas, rejeitadas e até ridicularizadas pela sociedade, passamos a buscar qual a utilidade ou, melhor, quais as vantagens que há em se rotular uma pessoa de "doente mental". Nossa experiência revela que o emprego desse rótulo tem contribuído para agravar os problemas psicológicos das pessoas. Os frequentes internamentos hospitalares e os tratamentos a que são submetidas, com a finalidade de remover basicamente as "causas internas" desses problemas psicológicos, somente os agrava. Além do mais, muitas vezes, sentimo-nos inseguros em chegar a um dado diagnóstico, pela falta evidente de "sintomas" específicos a um quadro clínico que se nos apresenta. A nossa insegurança aumenta quando constatamos que psiquiatras de diferentes escolas divergem, na importância, que consideram a determinados sintomas, como sendo específicos, de determinado tipo de "doença mental". Logicamente, isso, leva a diagnósticos diferentes muitas vezes. Quando chegamos ao diagnóstico, poucas informações temos sobre a etiologia, con

duta adequada de tratamento e prognóstico da "doença". Esclarecemos pouca coisa. Na realidade, se chegarmos ou não, a um "diagnóstico adequado" pouco importa. Outra insatisfação nossa para com a psiquiatria, diz respeito à classificação internacional de doenças mentais. A classificação relaciona 21 tipos de doença mental. Considera como doença, por exemplo, gagueira, balbucio, tiques, transtornos de conduta da infância, transtornos cutâneos, gastrintestinais, genituri-nários, osteomusculares, etc., de origem psíquica presumível. Também considera como doença mental certos "transtornos transitórios" de inadaptação a situações especiais. Relaciona dez tipos de esquizofrenia, dez de neurose e outros tantos de transtornos da personalidade. Na realidade, se observarmos todos os tipos e subtipos relacionados de doenças mentais, é provável que possamos rotular, de um modo ou de outro, quase todas as pessoas de "doentes mentais". Tudo isso é lastimável, sendo consequência da imprecisão do conceito de doença mental.

Assim, passamos a nos interessar por uma abordagem que enfatizasse a importância de variáveis ambientais, no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos desviantes. Uma abordagem que procurasse estabelecer relações funcionais entre os comportamentos e essas variáveis ambientais, permitindo sua validação através de verificações empíricas rigorosamente controladas. Este é o caso da teoria de aprendizagem social que investiga o papel de eventos antecedentes e consequentes para uma análise funcional do comportamento. Essa teoria poderá servir como explicação alternativa dos comportamentos desviantes, substituindo o modelo médico, sem apelar para o conceito de doença mental. Além disso poderá empregar técnicas para modificar os comporta-

mentos, derivadas de seus achados experimentais.

O nosso interesse é particularmente para com os comportamentos denominados esquizofrênicos, tais como: verbalizações bizarras (que podem ser incluídas dentro do grupo de sintomas delirantes ou alucinatórios para a psiquiatria), mutismo, movimentos bizarros, isolamento social, comportamentos de auto-mutilação, etc. Não faremos neste nosso trabalho nenhuma distinção entre "esquizofrenia infantil" e "esquizofrenia no adulto", uma vez que, ao nosso ver, isso não faz sentido quando se trata da teoria de aprendizagem social. Esses comportamentos desviantes são comportamentos como outros quaisquer que podem surgir tanto na infância como na vida adulta. Em ambos os casos, devemos estabelecer relações funcionais entre esses comportamentos e variáveis ambientais, visando modificá-los.

Como existe uma quase completa escassez de pesquisas dentro da área da teoria de aprendizagem social com comportamentos desviantes severos, conhecidos como esquizofrenia, em nosso país, segundo levantamento bibliográfico que fizemos de 1972 a 1976, achamos então que o nosso trabalho prende-se a três aspectos importantes. Primeiramente, devemos admitir, que há um grande número de pesquisas, nessa área, em outros países; porém, ao nosso ver, essas pesquisas estão dispersas entre os vários autores. Desse modo, procuraremos chegar a uma sistematização ou melhor, a uma apresentação ordenada das principais contribuições da teoria de aprendizagem social com os comportamentos esquizofrênicos. Convém mencionar que esta apresentação não será de modo nenhum exaustiva. Em segundo lugar, supomos, que através de nossa exposição, estaremos contribuindo para divulgá-las, em nosso país, onde a grande maioria de psiquiatras ainda não

consideraram o fato de que a abordagem comportamental poderá servir como solução alternativa para os desvios do comportamento e, no nosso caso, particularmente, com os comportamentos ditos esquizofrênicos. Finalmente, achamos que o nosso trabalho poderá servir, também, como ponto de partida para futuras pesquisas, no Brasil, com comportamentos desviantes severos.

Os objetivos que pretendemos atingir neste trabalho são, portanto:

a) apresentar a teoria de aprendizagem social como explicação alternativa dos comportamentos desviantes e, particularmente, em relação aos comportamentos rotulados como esquizofrênicos;

b) apresentar as principais técnicas baseadas na teoria de aprendizagem social, aplicadas para modificar comportamentos ditos esquizofrênicos.

O plano do nosso trabalho será o seguinte. Inicialmente, mostraremos a contribuição de WATSON e SKINNER no desenvolvimento da teoria de aprendizagem social. Em seguida, caracterizaremos os comportamentos desviantes e não-desviantes dentro do modelo médico e do modelo de aprendizagem social, como também a caracterização deste último modelo, em relação aos comportamentos rotulados como esquizofrênicos. Finalmente, apresentaremos as principais técnicas, com exemplos de experimentos, que vêm sendo aplicadas pela terapia do comportamento na modificação dos comportamentos "esquizofrênicos".



## 2. AS BASES DA PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL

### 2.1 - WATSON e o Behaviorismo

Em fins do século XIX e início deste século, o objeto da psicologia era a análise da experiência ou consciência. Para os estruturalistas, "a mente era o dado da psicologia e os métodos eram os da introspecção (olhar para dentro de si e analisar as próprias experiências em seus elementos básicos)" (LUNDIN, p. 48). O sujeito para realizar a introspecção deveria antes ser previamente treinado, pois do contrário poderia perder detalhes de sua própria experiência. A introspecção foi muito criticada como método de investigação psicológica. Os críticos afirmavam que a introspecção era sempre retrospectiva, visto que informar sobre um estado de consciência exige tempo. O esquecimento é rápido e talvez se perca, inadvertidamente algo da experiência. Outra crítica mencionava que a introspecção podia modificar drasticamente a experiência; por exemplo, se o sujeito fosse prestar atenção ao seu estado de raiva, esse poderia desaparecer com o tempo e prejudicar a experiência. Uma outra crítica referia-se aos resultados discordantes obtidos pelos pesquisadores que empregavam o método introspectivo; os resultados obtidos em um laboratório divergiam de outros laboratórios.

O funcionalismo foi um passo adiante ao estruturalismo. Os funcionalistas acrescentaram como sendo também objeto da psicologia o estudo do comportamento, mas continuaram aceitando os dados da introspecção.

WATSON insatisfeito com os conceitos mentalistas que predominavam na psicologia de seu tempo, publicou um artigo reagindo a essa situação. Logo no início do artigo, WAT

SON diz: "Psychology as the behaviorist views it is a purely objective experimental branch of natural science. Its theoretical goal is the prediction and control of behavior. Introspection forms no essential part of its methods" (WATSON, p. 158.) (1). Com este artigo, WATSON começou a construir os alicerces do behaviorismo. O behaviorista deveria estudar unicamente os comportamentos observáveis. Os processos mentais inacessíveis a uma análise objetiva não deveriam fazer parte do estudo da psicologia. Para WATSON, a psicologia deveria se fundar em termos de S (estímulo) e R (resposta). Para WATSON, o objetivo do behaviorismo era: dado o estímulo, prever a resposta e dada a resposta, prever o estímulo. Com isso, o psicólogo poderia antecipar e controlar a atividade humana.

Ao tomar conhecimento do experimento de PAVLOV com os reflexos condicionados, WATSON passou também a dedicar-se a esses estudos. Admitiu que os reflexos condicionados eram a base para toda a aprendizagem. Os hábitos complexos podiam ser considerados como cadeias de reflexos mais simples.

Entusiasmado com o condicionamento pavloviano, WATSON passou a aplicá-lo em diversas áreas do comportamento humano, como a educação, estudo da linguagem, personalidade e comportamento anormal. Seus estudos experimentais de condicionamento de reações emocionais em crianças foram pioneiros. Tornou-se célebre o estudo que ele realizou juntamente com ROSALIE RAYNER, com o pequeno Albert. (WATSON e RAYNER, p.66-69).

Além do mais, WATSON idealizou um programa de progresso social baseado no condicionamento, onde as pessoas poderiam ser reeducadas para uma sociedade melhor.

Apesar de muitas de suas idéias não serem mais aceitas, WATSON lançou, sem dúvida, as bases de uma psicologia empírica, tratando de eventos observáveis e a partir da qual o comportamento podia ser predito e controlado. Foi WATSON, com certeza, o primeiro que procurou aplicar a técnica do condicionamento pavloviano a fim de modificar comportamentos inadequados.

## 2.2 - SKINNER e a "Teoria" do Reforço

A partir de 1930, SKINNER inicia seus estudos sobre o comportamento. Também, como WATSON, ele estava interessado em estudar os comportamentos diretamente observáveis. De início, dedicou-se ao estudo dos reflexos condicionados e à pesquisa animal. No entanto, suas pesquisas não vão se centralizar sobre os reflexos condicionados, mas na atuação dos comportamentos no meio ambiente. Ele passou a interessar-se pelas consequências produzidas pelos comportamentos no meio ambiente.

A esses comportamentos que produzem consequências no ambiente externo, SKINNER denominou-os de "comportamentos operantes". Sobre eles, diz (SKINNER, p. 40): "Os reflexos condicionados ou não, referem-se principalmente à fisiologia interna do organismo. Muitas vezes estamos mais interessados no comportamento que produz algum efeito no mundo ao redor. Este comportamento origina a maioria dos problemas práticos nos assuntos humanos e é também de um interesse teórico especial por suas características singulares. As consequências do comportamento podem retroagir sobre o organismo. Quando

isto acontece, podem alterar a probabilidade de o comportamento ocorrer novamente! "Ao procedimento de aquisição desse comportamento, SKINNER chamou-o de "condicionamento operante". A consequência que se seguia ao comportamento e aumentava a probabilidade de ocorrência, chamou de "REFORÇO". Para SKINNER portanto, o comportamento operante é modelado e mantido por suas consequências.

O comportamento é função de variáveis externas. O objetivo da psicologia é estabelecer relações funcionais entre essas variáveis e o comportamento. (SKINNER, p. 28).

Para ele (SKINNER, p. 16-20), o psicólogo deve estudar o comportamento de cada indivíduo exaustivamente, procurando colher o maior número de dados possíveis. Só assim, poderá chegar a uma análise funcional adequada do comportamento. Para esse autor, a ciência começa pela observação de eventos particulares e, só depois, chega a uma regra geral - ou lei científica. Admite que a psicologia não dispõe, no momento, de conhecimentos suficientes para chegar a uma teoria geral do comportamento e, por isso, somente o estudo de cada caso particular exaustivamente, permitirá, num passo seguinte, atingir uma afirmação de uniformidade. O estudo dos comportamentos em grupo não contribui, provavelmente, para uma compreensão do caso particular. A psicologia deve tratar do comportamento do indivíduo, e seu êxito nisto deve ser avaliado antes em termos de realizações do que em quaisquer colocações apriorísticas.

Outro aspecto importante da "teoria" skinneriana é não considerar que os estados interiores sejam relevantes para uma análise funcional do comportamento. Não os nega, porém

admite, que, no momento, não dispomos de meios para alterar diretamente processos neurais nos instantes apropriados na vida de um organismo que se comporta, nem ainda foi descoberto nenhum meio de alterar diretamente um processo psíquico (SKINNER, p. 27).

SKINNER, juntamente com LINDSLEY, foi pioneiro na modificação de comportamentos ditos psicóticos (apud GEISER, p. 37-38). Quinze pacientes foram condicionados para puxar alavancas a fim de obter chocolate e cigarros. Esses autores conseguiram demonstrar diferenças individuais altamente estáveis na incidência total do acionamento da alavanca por hora, entre os sujeitos. Esses estudos sugeriram que o comportamento psicótico é controlado por propriedades de reforço do ambiente físico imediato. Isso significa que o comportamento desviante é aprendido em algum momento da vida do sujeito através de reforçamento inadequado, provavelmente através de reforço acidental em esquema intermitente.

Particularmente, SKINNER considera que além de uma história inadequada de reforçamento, a punição leva a comportamentos desadaptativos. Para ele, a punição é um método de pouca eficiência no controle do comportamento e ao mesmo tempo gera subprodutos emocionais indesejáveis (SKINNER, p. 113).

SKINNER reformulou o behaviorismo de WATSON e sugeriu sua aplicação, em larga escala, na solução dos problemas humanos. Os métodos baseados no condicionamento operante ou skinneriano se difundiram e, hoje, são empregados em escolas, hospitais, consultórios, etc.

### 3. O COMPORTAMENTO DESVIANTE E NÃO-DESVIANTE

#### 3.1 - Como São Encarados dentro do Modelo Médico

##### 3.1.1 - Histórico

A história da explicação dos comportamentos desviantes está intimamente ligada à própria história da medicina. Para os gregos, o comportamento irracional era consequência de um desequilíbrio dos humores. Já, naquela época, os gregos explicavam os comportamentos desviantes em termos de alterações que ocorriam no interior do organismo. Para os gregos, as pessoas que apresentavam comportamentos irracionais eram "doentes" da mesma forma que aquelas pessoas que eram portadoras de alterações orgânicas. Em resumo, os comportamentos irracionais ou desviantes eram considerados como doenças. (ALEXANDER e SELESNICK, p. 57-60).

Com o advento da Idade Média, a idéia de comportamento desviante como sendo "doença" fora suplantada pela idéia religiosa de "possessão". Neste sentido as pessoas que apresentavam comportamentos irracionais eram encaradas como "possuídas" pelo demônio e, portanto, não eram "doentes" nem necessitariam de qualquer tratamento médico. Essas pessoas eram exorcizadas ou simplesmente queimadas na fogueira como uma forma de libertação da alma.

A partir do Renascimento, e com as idéias humanísticas semeadas pela Revolução Francesa, ressurge, de um certo modo, a explicação grega dos comportamentos desviantes. Retorna assim a idéia de "doença". Consequentemente as pessoas com desvios de comportamento deveriam ser tratadas por médicos, recebendo tratamentos especiais. Para isso foram construídos hospitais - os famosos hospícios ou asilos - on

de tratamentos humanitários eram ministrados a todas as pessoas que apresentassem comportamentos irracionais. (ALEXANDER e SELESNICK, p. 154 - 158).

É nesta época que PHILLIPE PINEL, médico francês, influenciado pelas idéias humanitárias da Revolução Francesa, decide retirar as algemas que prendiam as pessoas que apresentavam comportamentos ditos irracionais. É a partir de PINEL que esses comportamentos passam a ser encarados verdadeiramente como "doenças", necessitando de ajuda médica. Podemos, portanto, afirmar que após PINEL o conceito de "doença mental" passou a ser empregado, graças, principalmente, a importância que tiveram seus trabalhos. PINEL elaborou uma classificação simples e prática das doenças mentais. "Separou as doenças mentais em melancolias, manias sem delírio, manias - com delírio e demência". (ALEXANDER e SELESNICK, p. 159). PINEL inclusive "estava convencido de que a doença mental não era coisa sobreposta ao sofredor, mas resultado de hereditariidade e experiências de vida". (ALEXANDER e SELESNICK, p. 160). A partir de PINEL, a sociedade começa a mudar de atitude em relação aos insanos que passam a ser vistos como pessoas enfermas, necessitadas de tratamento médico. "O comportamento irracional era doença e mudar este comportamento era praticar medicina". (TORREY, p. 22).

A partir de então, explicações para os comportamentos desviantes passam a ser procuradas dentro do campo médico. Com os estudos sobre a anatomia e fisiologia do cérebro, que começam a ocorrer no séc. XIX, e o avanço da neurologia, tenta-se explicar os comportamentos desviantes em termos de alterações na estrutura orgânica cerebral. Chega-se ao ponto, inclusive, de tentar explicar certas "doenças mentais" como consequências de lesões em determinadas áreas do cérebro. Cer

tas descobertas vieram em parte confirmar isso, como por exemplo: a localização, no cérebro, do agente causador da sífilis; a deficiência de vitamina B revelou-se associada ao comportamento irracional; a gripe de 1917 acarretou danos neurológicos a pessoas que apresentam alterações psicológicas. Passa a ser, então, largamente aceito que a "doença mental" é consequência de alteração na estrutura ou funcionamento do cérebro.

Novo passo importante é dado no estudo das "doenças mentais". O psiquiatra alemão KRAEPELIN sistematiza os diversos tipos de "doença mental" em uma classificação nosológica ainda hoje aceita. KRAEPELIN não classificou as "doenças mentais" a partir de suas causas porque essas eram desconhecidas. Da observação de milhares de casos, "extraiu um sistema de psiquiatria descritiva que é ainda empregado para classificar pacientes com base no comportamento manifesto" - (ALEXANDER e SELESNICK, p. 222). (O grifo é nosso).

Na mesma época de KRAEPELIN, o médico austríaco SIGMUND FREUD, a partir de 1890 aproximadamente, inicia seus estudos sobre a histeria que o levarão a elaborar uma teoria para explicar os fenômenos mentais tanto normais como anormais. Com a construção da teoria psicanalítica, FREUD passa a explicar os distúrbios mentais como sintomas de conflitos intrapsíquicos reprimidos ao inconsciente. Estes conflitos surgem em decorrência de desejos inconscientes inaceitáveis que não podem emergir para o nível consciente. Da luta entre as forças conscientes, representadas pelo Ego, e as forças inconscientes, representadas pelo Id, surgem os conflitos intrapsíquicos geradores de ansiedade, que dentro da teoria psicanalítica são vistos como as causas dos diversos distúrbios mentais. Os sintomas psicológicos são apenas expressões



destes conflitos. Por isso, o tratamento através de técnica de análise centraliza-se não nos sintomas, mas nos próprios conflitos. O terapeuta procura fazer com que o paciente torne-se consciente de seus conflitos, o que o capacitará para enfrentar as suas tensões emocionais, em um nível que lhe seja realmente efetivo. Em resumo, para a psicanálise a doença mental é vista como uma disfunção psicológica, de natureza inconsciente, que causa o aparecimento de sintomas, tanto na esfera psíquica (alucinações, delírios, obsessões.etc), como na esfera somática (conversões). O tratamento visa fundamentalmente remover a disfunção psicológica. Na realidade, o modelo psicanalítico da doença mental é semelhante, mas não idêntico ao modelo médico, que considera a doença mental como consequente a alterações orgânicas ou disfunção fisiológica-no cérebro humano.

Na década de 1930, o aparecimento da eletro e insulino-terapia, cujos resultados foram animadores, veio reforçar ainda mais o conceito organicista de doença mental.

O advento das drogas psicotrópicas, em 1950, que permitiu reduzir, a níveis nunca antes alcançados, a população das pessoas internas em hospitais psiquiátricos, possibilitando, muitas vezes, o tratamento na própria comunidade, contribuiu para corroborar ainda mais o conceito médico de "doença mental". Até pelo menos a década de cinquenta, os comportamentos desviantes eram vistos, de modo quase unânime, como sendo "sintomas" de doença mental psicológica ou orgânica, apesar de as causas serem hipotéticas. Mas é a partir do fim dos anos cinquenta e início da década de sessenta que o conceito de doença mental passa a ser colocado seriamente em dú

vida, por uma plêiade de autores das mais variadas correntes de pensamento, como psiquiatras, psicólogos, sociólogos e antropólogos.

Resumindo: o modelo médico das doenças orgânicas - vem sendo aplicado, por analogia, aos comportamentos desviantes, apesar de todos os seus inconvenientes que mostraremos a seguir.

### 3.1.2 - A classificação diagnóstica psiquiátrica dos comportamentos desviantes

Vimos no ítem 3.1.1 que a classificação kraepeliana das "doenças mentais" tem por base não as causas dessas "doenças", mas os comportamentos manifestos. Para a psiquiatria, esses comportamentos manifestos são sintomas de supostas "causas internas", orgânicas ou psicológicas. O estudo desses sintomas fica a cargo da psicopatologia. O psiquiatra faz um levantamento dos comportamentos manifestos que a pessoa apresenta, abstraindo daí uma entidade-doença que é considerada como a "causa" desses comportamentos e a pessoa que os possuir é rotulada com tal entidade-doença. Isso é a essência do diagnóstico psiquiátrico.

Aparentemente simples, na realidade, o diagnóstico psiquiátrico revela-se como sendo de extrema complexidade pela falta de concordância entre psiquiatras de escolas diferentes. A importância dos comportamentos manifestos ou desviantes que devem ser enquadrados dentro de um determinado síndrome psiquiátrico, varia de autor para autor. Às vezes, não é somente em relação aos comportamentos desviantes que há discordância, mas também com os próprios quadros nosológicos.

SCHNEIDER, no seu livro "Psicopatologia Clínica", não emprega o termo "neurose" e admite mesmo que os "comportamentos neuróticos" não são enfermidades, mas variações anormais do ser psíquico, isto é, variações que se afastam de um termo médio (SCHNEIDER, p. 22-25).

Para SCHNEIDER, as neuroses estão incluídas no grupo das personalidades psicopáticas. Ele admite haver dez tipos diferentes de personalidades psicopáticas e diz que "entre as personalidades anormais e os estados a serem classificados como normais há sempre transições sem limite algum" (SCHNEIDER, p. 44). EY, por sua vez, distingue claramente entre personalidades psicopáticas, que ele considera como caracteropatias que dão lugar a condutas mais ou menos anti-sociais sem que a alteração psíquica seja muito pronunciada (EY, p. 298), e neuroses que são enfermidades da personalidade, caracterizadas por conflitos intrapsíquicos. (EY, p.323). Já outros autores concordam com o conceito de personalidade psicopática de SCHNEIDER, mas admitem, no entanto, uma constituição neurótica com base genética intimamente ligada à personalidade psicopática. (MAYER-GROSS, SLATER e ROTH, p. 71).

Os exemplos acima mostraram que há muita divergência entre os psiquiatras quando tentam chegar a um diagnóstico. HEATHER afirma "que pelo menos dois dos requisitos lógicos de um sistema de diagnóstico não são satisfeitos pela psiquiatria. As categorias usadas não se excluem mutuamente entre elas; existe considerável sobreposição entre elas. Além disso, o importante diagnóstico de esquizofrenia é uma disjuntiva, o que significa que nela podem ser incluídos pacientes que não têm qualquer sintoma em comum". (HEATHER, p. 72).

SCOTT apresenta seis critérios usados para definir saúde e doença mental e mostra que eles frequentemente são divergentes (SCOTT, p. 13-27). Esses critérios são: exposição a tratamento psiquiátrico, desajustamento social, diagnóstico psiquiátrico, doença mental definida subjetivamente, definida através de sintomas psicológicos objetivos (testes, inventários, etc.) e como uma forma de luta mal sucedida - contra as situações geradoras de tensão.

ROSENHAM em dois experimentos (ROSENHAM, p. 251-252), mostra que o diagnóstico psiquiátrico não é merecedor de confiança. No primeiro, oito pseudopacientes foram internados em 12 hospitais psiquiátricos alegando ouvirem vozes. Durante o período de internamento, os pseudopacientes comportaram-se como pessoas "sãs". Sete receberam o diagnóstico de "esquizofrenia" e um recebeu o diagnóstico de "psicose maníaco-depressiva". Em hipótese nenhuma, os falsos pacientes foram detectados como "sãos" pela equipe hospitalar. No entanto, 35 dos 118 pacientes admitidos na enfermaria perceberam que eles não eram "loucos".

Para confirmar o experimento acima, ROSENHAM realizou um outro. Informou a uma equipe de um hospital psiquiátrico que durante um período de três meses, um ou mais pseudopacientes tentariam ser admitidos. De um total de 193 pacientes, 33 foram considerados suspeitos, pelo menos, por um psiquiatra; 41 foram considerados pseudopacientes por pelo menos um membro da equipe. Na realidade, nenhum pseudopaciente apresentou-se ao hospital durante esse período. ROSENHAM conclui: "any diagnostic processes that lends itself - so readily to massive errors of this sort cannot be a very reliable one" (ROSENHAM, p. 252) (2).

Outros autores (BRAGINSKY, BRAGINSKY e RING, p. 66-71), realizaram um experimento, mostrando que pacientes en

trevistados, durante apenas dois minutos, podem simular "sintomas" desde que estejam motivados a permanecerem no hospital. A hipótese do experimento, que foi confirmada, era que pacientes internos há mais de dois anos quando informados previamente de que iriam receber alta, simulariam "sintomas" numa entrevista posterior para avaliar o grau de "sanidade mental".

Este experimento vem mostrar que é praticamente impossível avaliar a condição de uma pessoa interna em um hospital psiquiátrico, com base em uma entrevista de apenas dois minutos. Esta é a realidade do atendimento psiquiátrico e, em nosso meio, isto agrava-se nos hospitais estaduais e em ambulatório onde, em geral, o número de pessoas que procuram esses serviços é grande, enquanto é reduzido o número de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras. Mas não é apenas isso: a própria idéia que cerca os comportamentos desviantes considerados graves, como por exemplo, mutismo, alucinações, falas bizarras, etc. levam frequentemente o psiquiatra a abreviar simplesmente a entrevista, principalmente se o caso for crônico.

Além de não ser merecedor de confiança, o diagnóstico psiquiátrico não contribui de modo algum para solucionar o sofrimento psicológico das pessoas afligidas. Na realidade, o diagnóstico confere um rótulo à pessoa examinada, marcando-a com o estigma da "doença mental". A partir daí, essa pessoa passa a ser vista de modo diferente pela sociedade. É vista como estranha, perigosa, sem responsabilidade, uma ameaça potencial à sociedade. Sabemos que apenas uma pequena percentagem de pessoas com desvios de comportamento represen

ta um perigo à sociedade. Mas o fato de uma pessoa ter sido rotulada com um diagnóstico psiquiátrico é quase sinônimo de internamento psiquiátrico. O diagnóstico, em medicina, visa determinar as causas de uma doença, possibilitando a escolha de um tratamento eficaz cujo objetivo é a cura da doença. Em psiquiatria, as "causas" são desconhecidas e o conceito de "cura" é muito confuso, pois não há um consenso geral entre os psiquiatras. Além de tudo isso, o diagnóstico psiquiátrico diz pouca coisa sobre o contexto sócio-cultural em que vive a pessoa ou sobre a própria pessoa, já que é abstraído apenas a partir dos comportamentos desviantes.

### 3.1.3 - O tratamento psiquiátrico

Vimos que o diagnóstico psiquiátrico tem se revelado confuso e não tem contribuído absolutamente para aliviar o sofrimento psicológico das pessoas. O diagnóstico é o elemento esclarecedor para chegar-se a um tratamento eficaz. Como o diagnóstico psiquiátrico esclarece pouca coisa, pois as "causas" dos comportamentos desviantes são indevidamente inferidas e também revela pouca coisa sobre o contexto sócio-cultural e biológico, a consequência disso é que o tratamento psiquiátrico não atinge a "cura".

Mas, o que objetiva o tratamento psiquiátrico? Em nossa opinião, o tratamento psiquiátrico tem sido usado como um método de controle de comportamentos que não se ajustam às normas impostas pela sociedade, principalmente, aqueles comportamentos que são considerados pontencialmente perigosos à segurança social - os comportamentos rotulados como psicóticos e psicopáticos.

O moderno tratamento psiquiátrico, pode ser subdividido, sem muitas pretensões, em dois grupos: o grupo dos tratamentos biológicos (drogas, choque elétrico e psicocirurgia) e o grupo das psicoterapias.

Ao nosso ver, os modernos psicotrópicos são uma forma sutil de controle que se faz de dentro para fora, isto é do interior do organismo para fora, deixando a esperança de uma solução definitiva para o sofrimento psicológico de cada ser humano. Na realidade, o uso de psicotrópicos é um método paliativo de tratamento. Mesmo assim o uso destas drogas generalizou-se pela classe médica. Há diversos tipos de psicotrópicos, mas o modo de ação no sistema nervoso ainda é pouco conhecido o que torna ainda mais espantoso o uso indiscriminado de tais drogas, como se os problemas vivenciais fossem solucionados por simples comprimidos.

O choque elétrico é um método de tratamento cujo mecanismo de ação no sistema nervoso central é inteiramente desconhecido. Antes do advento dos psicotrópicos foi largamente usado. Já ouvimos, infelizmente, uma pessoa sugerir o uso de eletrochoque em lugar das drogas por ser mais econômico. Sabemos de casos em que o eletrochoque foi usado como meio coercitivo para intimidar pacientes. O eletrochoque é um tratamento que provoca, em geral, ansiedade e medo nos pacientes. Isso deixa-nos, em dúvida, se as "melhoras temporárias" que acarreta, seriam conseqüências simplesmente da ação do choque no cérebro ou seriam, então, conseqüências da coerção que exerce sobre muitos pacientes, levando-os a ajustarem-se às normas hospitalares. A curto prazo acarreta frequentemente desorientação passageira (pós-amnésia) nos pacientes; a longo prazo, sobre possíveis efeitos lesivos no cérebro, nada se sabe de concreto.

O uso da psicocirurgia é incompreensível como método de tratamento psiquiátrico. Lesar determinadas áreas cerebrais com a finalidade de modificar comportamentos indesejáveis é certamente perigoso. Alegar que esse método só é usado em último caso, com pacientes cujo "estado mental" era tão deficitário de modo que é difícil afirmar se os danos irreversíveis seriam, em parte, consequência do tratamento ou já seriam consequências parciais do "déficit mental", pode ser uma forma de simplificar um problema que vem desafiando a psiquiatria. Sabemos, muito bem, que as lesões irreversíveis do tratamento psicocirúrgico reduzem os pacientes a uma vida vegetativa - verdadeiros autômatos. Felizmente, parece-nos, que esse tratamento está sendo cada vez menos usado.

As psicoterapias, tanto individuais como grupais, com as suas várias tendências e com os adeptos de uma escola, proclamando a superioridade sobre as outras, mostram como está confuso este campo do tratamento psiquiátrico. O objetivo primordial de qualquer tipo de psicoterapia é a modificação de comportamentos inadequados. Os caminhos para se atingir esse objetivo variam, dependendo dos pressupostos em que se baseia a técnica psicoterapêutica. Não é nossa pretensão aqui, fazer qualquer comparação entre os diferentes tipos de psicoterapias. Pretendemos criticar sucintamente essa forma de tratamento psiquiátrico.

O problema das psicoterapias é que elas estão centradas no modelo médico. Isso implica, geralmente, que uma pessoa que se submete a uma psicoterapia deva estar doente de algum modo. Sendo assim, as psicoterapias envolvem os conceitos de saúde e doença e, logicamente, também o concei



to de cura. A consequência disso é que muitas pessoas recusam submeter-se a tal tipo de tratamento, com receio de serem taxadas de "doentes mentais", podendo agravar suas dificuldades comportamentais. Outra consequência decorre do fato de que muitas pessoas que se submetem à psicoterapia aceitam de algum modo o rótulo de "doentes" e isso traria novas dificuldades para essas pessoas.

TORREY afirma que as psicoterapias têm uma base em comum (TORREY, p. 37). Acha que elas poderiam ser uma forma de aprendizado de si mesmo e de outros, de sentimentos e comportamentos. Deveremos então buscar essa base. Talvez assim, o termo "psicoterapia" perca seu significado atual, isto é, de tratamento médico, tornando-se desvinculado do conceito de "doença mental" que como já abordamos anteriormente é um obstáculo na readaptação à sociedade de pessoas com desvios de comportamento.

### 3.2 - O Conceito de Comportamento Desviante e Não-desviante no Modelo de Aprendizagem Social

#### 3.2.1 - A importância do contexto sócio-cultural

No modelo médico, os comportamentos desviantes, como vimos, são "sintomas" de determinadas causas internas. - Qualquer pessoa que apresenta esses "sintomas" é considerada como portadora de "doença mental" e deve ser tratada de acordo com os padrões médicos. O objetivo do tratamento médico é atuar nas "causas internas" a fim de remover os "sintomas". O modelo médico estabelece claramente a dicotomia entre normal e anormal. Já vimos que essa dicotomia acarreta uma série de implicações negativas. Aqueles que são considerados como "doentes mentais" são vistos como estranhos, excêntricos, diferentes, etc. Nesta concepção o problema situa-se dentro da pessoa, fundamentalmente, e é no interior que o tratamento médico deve centralizar-se.

A concepção dos comportamentos desviantes dentro do modelo de aprendizagem social difere radicalmente do modelo médico. No modelo comportamental não há lugar para o conceito de saúde e doença mental. Não há diferença no desenvolvimento e manutenção do comportamento desviante e não-desviante. De acordo com esse modelo, não há descontinuidade entre o comportamento desviante e não-desviante, pois ambos são determinados pelos mesmos princípios da aprendizagem. São, portanto, comportamentos aprendidos. KANFER e PHILLIPS afirmam que "therapists of both classical and operant conditioning persuasion usually agree in regarding maladaptive behavior as being learned" (KANFER e PHILLIPS, p.

498) (3). Da mesma opinião são ULLMANN e KRASNER: "The principal argument of this book is that abnormal behavior is no different from normal behavior in its development, its maintenance, or the manner in which it may be changed" (ULLMANN e KRASNER, p. 32, b) (4).

Para o modelo de aprendizagem social, os comportamentos desviantes ou não-desviantes dependem de condições antecedentes presentes, isto é, de estímulos que antecedem o comportamento e/ou do estado biológico do organismo e das consequências passadas do comportamento. Somente a observação desses elementos (antecedentes e consequências) nos permitirá chegar a uma análise funcional adequada de um comportamento, possibilitando compreender como se desenvolveu, mantém-se, para então podermos modificá-lo.

Não diz respeito ao modelo de aprendizagem social identificar desvio com doença e não-desvio com saúde. O que importa é identificar como um comportamento qualquer se desenvolveu e se mantém. Como então diferenciar um comportamento desviante de um não-desviante? Dizem ULLMANN e KRASNER: - "The difference between normal and abnormal behavior is not intrinsic; rather it lies in a societal reaction" (ULLMANN e KRASNER, p. 32, b) (5). Neste sentido qualquer comportamento não é desviante em si, mas sim, o sentido que o contexto sócio-cultural lhe dá. BECKER diz (apud VELHO, p. 23): " Os grupos sociais criam o desvio ao estabelecer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como outsiders. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato

que a pessoa faz, mas sim a consequência da aplicação por ou trem de regras e sanções ao transgressor".

Para compreender o comportamento desviante, não po demos isolá-lo de seu contexto sócio-cultural, pois que, iso ladamente, ele é destituído de qualquer significado. O com portamento desviante não existe, em si. Ele só existe enquan to relacionado a todo um contexto sócio-cultural. É exatamen te o contexto sócio-cultural que lha dá o verdadeiro signifi cado. Quando tentamos compreender o comportamento desviante em si, passamos a admitir que ele é consequência de determi nadas "causas internas", no organismo. É visto como sintoma dessas "causas internas".

O comportamento desviante é visto como sintoma de um processo mórbido subjacente, isto é, a doença mental. O que ocorre é que esse processo mórbido é inferido a partir dos comportamentos desviantes que uma pessoa apresenta. Por exemplo, se uma pessoa apresenta verbalizações auto-deprecia tivas, isolamento social, comportamento de chorar frequen te, redução do comportamento de comer será, provavelmente, rotulada como portadora de uma depressão. Na realidade, esta mos diante de uma explicação circular. Ao mesmo tempo em que dizemos que a doença mental produz determinados "sintomas", simultaneamente, a definimos a partir desses mesmos "sinto mas". O problema é que esses sintomas são o único meio para se caracterizar a doença mental, conseqüentemente, não pode mos chegar a determinantes causais que estejam relacionados funcionalmente aos sintomas. A explicação circular não permi te a verificação empírica da mesma, pois não há critérios in dependentes dos sintomas. Com a explicação circular, reduzi mos aparentemente a ininteligibilidade do comportamento des

viante. Mas, a ininteligibilidade é transferida para o processo de desenvolvimento da doença mental. Esse último, sim, permanece ininteligível.

Quando explicamos o comportamento desviante em termos de "doença subjacente", admitimos que "algo" dentro da pessoa é que deve ser modificado. Como não há sobre a "doença mental" dados que permitam uma intervenção direta, em consequência, paradoxalmente, o tratamento tem sido sintomático. Como, na maioria das vezes, o tratamento é feito através de métodos físicos e químicos, reduzimos por isso, o ser humano a um "organismo biológico", isolado do contexto sócio-cultural, deixando-o de encará-lo como um ser social (sujeito) que ele realmente é.

Feitas essas considerações sobre a explicação dos comportamentos desviantes dentro do modelo médico, retornemos à influência que o contexto sócio-cultural exerce sobre esses comportamentos.

Somente quando manipulamos as variáveis independentes que produzem e mantêm o comportamento desviante, no presente, é que podemos modificá-lo.

Um comportamento, em qualquer instante da vida, é função da interação constante entre variáveis independentes, quer sejam ambientais quer sejam variáveis inerentes ao organismo, inclusive, outros comportamentos do indivíduo. O objetivo da psicologia, como já vimos antes, é estabelecer relações funcionais entre as variáveis independentes e o comportamento. Nesse sentido, manipulando-se as variáveis independentes poderemos modificar o comportamento. Se fizermos isso, estaremos buscando as "causas" do comportamento.

Todavia, nem sempre podemos determinar uma "causa específica" para um comportamento particular. Isso se explica, pela interação íntima e complexa entre as diferentes variáveis independentes que atuam sobre o comportamento. Por exemplo, um erro genético que acarreta uma disfunção metabólica, pode prejudicar o desenvolvimento do sistema nervoso após o nascimento, tendo como consequência, retardo mental. Essa disfunção metabólica seria a "causa" do retardo mental. Uma manipulação da variável independente (disfunção metabólica) logo após o nascimento evitaria, com certeza, o retardo "mental". Mas, digamos, que não houve a manipulação - dessa variável independente, tornando-se a pessoa retardada. Se essa pessoa apresenta, posteriormente, na infância ou na vida adulta, comportamentos inadequados como, por exemplo, - despir-se em público, não podemos afirmar que esse comportamento foi determinado pela disfunção metabólica. O que temos de fazer, é verificar que outras variáveis independentes estão atuando sobre o comportamento do indivíduo e, só assim, poderemos compreender porque o comportamento de "despir-se em público" se desenvolveu, mantêm-se e, então, modificá-lo.

KANFER e PHILLIPS colocam bem o problema das "causas" do comportamento quando afirmam: "The operant model views problematic behavior, then, as the outcome of the same functional processes that affect all behavior, with the reinforcement history (and physiological, anatomical, and other constitutional influences on that history) as the primary etiological agent. The focus is on symptoms, not on internal mediating processes. Since a given behavior may result from a multitude of possible interactions in an individual reinforcement history, direct evidence that symptoms have actually been so formed is difficult to achieve" (KANFER e PHILLIPS p. 499) (6).

Se tentarmos compreender, os desvios do comportamento em seu contexto sócio-cultural, não será necessário justificá-los como "sintomas de doença mental". Como bem demonstraram BRAGINSKY, BRAGINSKY e KING em uma série de experimentos com "pacientes" psiquiátricos, os "sintomas" desses pacientes seriam contingentes ao ambiente hospitalar. Os "pacientes" sabiam como representar seus papéis de "doentes" com a finalidade de receber maior ou menor número de reforços. Esta compreensão dos comportamentos desviantes dentro do contexto sócio-cultural é útil, pois podemos prescindir do conceito de "doença mental". Diz SZASZ (apud, ULLMANN e KRASNER, 1969, p. 191) (7). "This permits intervention in literally - any area of human activity. Such intervention might be justified if mental illness actually existed in nature as entities in the manner that atoms and bacteria exist factually and distinct from social evaluation". Assim, compreendendo que rotular um comportamento de desviante é, como afirmam ULLMANN e KRASNER: "a social act and, like any other social act, is one that is developed and maintained by reinforcing contingencies". (ULLMANN e KRASNER, p. 175, b) (8)., permitir-nos-á entender que um comportamento considerado como desviante, necessariamente, não haverá de ser modificado ou suprimido. Isto, permitir-nos-á considerar os comportamentos desviantes como fazendo parte de um contexto sócio-cultural amplo, onde fatores mesológicos, econômicos, políticos e religiosos intervêm para explicá-los e justificá-los.

### 3.2.2- Formação e Substituição de Sintomas

As técnicas de modificação do comportamento são empregadas, visando eliminar comportamentos considerados desa-

justados, mal adaptados, desviantes, sintomáticos. O alvo da terapia do comportamento são tais comportamentos desviantes.

Dentro do modelo médico dos comportamentos desviantes - tanto orgânico como dinâmico - esses comportamentos - são sintomas de determinadas "causas internas". No modelo médico de origem organicista, como já vimos anteriormente, essas "causas internas" são lesões ou alterações funcionais. No modelo dinâmico, análogo ao anterior, mas não idêntico, as "causas internas" são alterações psicológicas que ocorrem na estrutura da personalidade, isto é, conflitos intrapsíquicos. A terapia, dentro do modelo médico focaliza essas "causas internas". É admitido então, que caso as "causas" não sejam abordadas, novos sintomas poderão se formar. Essa abordagem é inteiramente diversa da terapia do comportamento, cujos princípios não aceitam que os comportamentos desviantes sejam sintomas de supostas "causas internas".

O termo formação de sintomas é de origem psicanalítica. Foi criado por FREUD, que afirmava, que quando uma pessoa apresentava sintomas psicológicos quaisquer, tais como: tiques, fobias, ansiedade, etc. de nada adiantaria tratar esses sintomas sem tratar o conflito intrapsíquico que os originavam pois, caso contrário novos sintomas formar-se-iam - (sintomas substitutos). O conflito intrapsíquico é que deveria ser abordado através de técnica psicanalítica, permitindo ao paciente, compreensão e "insight" do seu problema, com a finalidade de chegar à cura.

O advento da abordagem comportamental, radicalmente diferente da abordagem psicanalítica, acarretou uma controvérsia, que ainda permanece, entre os terapeutas do com -



portamento e os psicanalistas, quando tentam modificar comportamentos inadequados. Alegam os psicanalistas, que os modificadores do comportamento ao tratarem unicamente os "sintomas" (comportamentos) sem dar atenção às "causas básicas" estariam contribuindo para que novos "sintomas" substituíssem os antigos. Esta hipótese é chamada substituição de sintomas.

YATES admite que não se deve dar prioridade a supostas "causas básicas", no tratamento, em relação aos "sintomas"; por isso, a abordagem deve ser "horizontal" e não "vertical" como pretendem os psicanalistas (YATES, p. 398, b). Numa crítica à psicanálise, esse autor afirma que o conceito de substituição de sintomas está baseado largamente na experiência clínica e que há necessidade de uma demonstração experimental face à importância do problema em psicologia (YATES, p. 372, a). Essa é também a posição de CAHOON que veremos a seguir.

CAHOON, ao nosso ver, é quem colocou melhor o problema da substituição de sintomas. Inicialmente admite que a definição do termo sintoma tem gerado muita confusão, afirmando: "The definition of symptom, as reflected by the ways that the word has been used in the literature, reflects gross admixtures of observation, inference, and arbitrary stipulation" (CAHOON, p. 150) (9). O termo pode ser definido a partir de um sistema teórico, como na psicanálise; ou então, pode referir-se a comportamentos inadequados numa cultura como no behaviorismo. Também para CAHOON, a expressão "causas básicas" é ambígua. Originalmente, o significado de "causas básicas" está intimamente ligado a um sistema teórico. É o caso da psicanálise onde as "causas básicas" estão principalmente localizadas no funcionamento do aparelho psí

quício que é uma entidade conceitual elaborada pela própria psicanálise. Ou então no caso da teoria de aprendizagem social onde as "causas" dos comportamentos estão localizadas nas variáveis ambientais que os controlam.

Para CAHOON, somente uma redefinição dos conceitos de "sintoma" e "causas básicas" permitirá compreender melhor o problema da "substituição de sintomas". Essa redefinição deverá ocorrer em termos de verificações empiricamente demonstráveis. Ele assinala: "The question, rather, is whether certain additional variables (that may or may not be manipulated by some therapies) must also be manipulated in order that the formation of new maladjustive behavior will be a less probable event than if these variables had not been manipulated" (CAHOON, p. 151) (10).

ULLMANN e KRASNER colocam o problema acima em bases semelhantes. Eles afirmam: "The are more parsimonious explanations of maladaptative behaviors following treatment - than symptom substitution" (ULLMANN e KRASNER, p. 164, b) (11). Esses autores citam cinco possíveis explicações. A primeira - seja uma nova sensibilização. Uma pessoa que tem receio de entrar em automóveis por ter anteriormente sofrido um acidente, pode novamente sofrer outro acidente.

Na segunda, o comportamento desviante a ser modificado pode fazer parte de um conjunto de respostas inadequadas que existe no repertório do sujeito. Modificando-se o comportamento desviante, uma dessas respostas pode emergir, por se tornar mais provável de ser emitida. A modificação de um tique poderia levar, por exemplo, a um maior consumo de álcool.

Em terceiro lugar, a resposta inadequada pode rea

parecer na presença de estímulos para os quais novas respostas não foram desenvolvidas. Por exemplo, um comportamento agressivo pode ser modificado em situação hospitalar, mas continua ocorrendo em uma situação extra-hospitalar.

Em quarto lugar, a modificação no comportamento - de uma pessoa acarreta mudança no ambiente que nem sempre é reforçadora para outras pessoas. Por exemplo, um treino de comportamento afirmativo (assertivo) numa esposa submissa - poderá desagradar um marido dominador.

Finalmente, o novo comportamento pode ser inconsistente com comportamentos inadequados que não são, eles próprios, o objetivo direto do tratamento. Por exemplo, um treino para interagir socialmente poderia ser inconsistente com uma aversão que uma pessoa teria em relação a indivíduos de cor negra.

De acordo com o que vimos, a hipótese da substituição de sintomas foi elaborada pela psicanálise. Assim sendo, o ônus da verificação empírica de tal hipótese fica a cargo da própria psicanálise. Se essa hipótese não ocorre, a psicanálise deve então rever seus conceitos. Na realidade, a hipótese da substituição de sintomas não está incluída na teoria de aprendizagem social. A ocorrência do mesmo comportamento inadequado ou então de outros, após o tratamento, é explicada pela teoria de aprendizagem social através dos mesmos princípios que explicam o desenvolvimento de qualquer comportamento.

### 3.3 - Modelo de Aprendizagem Social Aplicado ao Comportamento Rotulado como Esquizofrênico

Em 3.1 e 3.2, vimos como o comportamento desviante e não desviante são encarados dentro do modelo médico e do modelo de aprendizagem social. Aqui pretendemos apresentar, particularmente, a concepção dos comportamentos rotulados de esquizofrênicos dentro do modelo de aprendizagem social.

#### 3.3.1 - A concepção behaviorista do comportamento "esquizofrênico"

Os comportamentos denominados de esquizofrênicos podem ser colocados em quatro grupos principais. Abaixo apresentamos esses comportamentos com suas respectivas definições operacionais.

##### 1) Comportamentos Verbais

a. Verbalizações bizarras: quando o sujeito emite uma cadeia de respostas verbais que são desencadeadas por estímulos outros do ambiente que não os relevantes para as respostas verbais de outras pessoas "normais". Por exemplo: o sujeito diz que escuta vozes que outras pessoas não escutam; diz que percebe cenhas ou objetos que outras pessoas não percebem; diz que seus atos ou ações estão sendo controlados por alguém ou por máquinas.

b. Baixa frequência ou ausência de verbalizações por tempo prolongado.

2) Isolamento Social: baixa frequência ou ausência de comportamentos de aproximação para com outras pessoas e/ou alta frequência de comportamentos de esquiva em

relação a outras pessoas do meio social, de forma generalizada.

3) Comportamentos Emocionais: alternância frequente de comportamentos emocionais incompatíveis em resposta a um mesmo estímulo ambiental, como, por exemplo: um sujeito acariciar e agradar a mãe em um dado momento e em outro agredi-la. Isso talvez corresponda a uma deficiência de discriminação de estímulos que usualmente controlam tais respostas emocionais, como por exemplo, respostas emocionais de outras pessoas em relação ao sujeito.

4) Outros Comportamentos: há uma série de comportamentos que não são considerados pelos psiquiatras como fundamentais para o diagnóstico de "esquizofrenia", mas quando ocorrem, servem como indícios complementares para se rotular uma pessoa de "esquizofrênica". Como exemplos citemos alguns: comportamento de auto-mutilação, realizar um mesmo movimento repetidas vezes, não tomar banho e não trocar de roupa durante vários dias, arrumar e desarrumar um móvel repetidas vezes, recusar qualquer tipo de medicação, etc.

Os comportamentos rotulados de esquizofrênicos, como os outros comportamentos, devem ser analisados em termos de variáveis ambientais e não em termos de supostas "causas internas", isto é, como sintomas de "doença mental". De acordo com SKINNER (apud LUNDIN, p. 581): "Formas de comportamento características da doença mental podem ser simplesmente o resultado de uma história de reforçamento de uma condição incomum de saciação e privação, ou de uma circunstância emocional excitante. Excetuando o fato de serem elas mais desagradáveis e perigosas, não podem ser distinguidas do restante do comportamento de um indivíduo".

Outros autores (ULLMANN e KRASNER, p. 357-361, b) admitem que a história de reforçamento desempenha também um papel relevante na emergência dos comportamentos denominados esquizofrênicos. Para ULLMANN e KRASNER o que ocorre é uma inadequação de reforçamento para uma dada sequência de comportamentos considerados adequados ao ambiente social. Devido a isso, os estímulos discriminativos relevantes não mais indicam os momentos e locais apropriados para que esses comportamentos sejam reforçados. Isto é, o operante de prestar atenção a certos indícios que as pessoas "normais" respondem não mais é emitido. É provável que essas alterações nas contingências reforçadoras, entre as pessoas "normais" e "esquizofrênicas", expliquem a diferença no comportamento de prestar atenção de ambas. A atenção é vista como comportamento operante e é um ponto central na formulação teórica desses autores.

Há duas consequências na extinção da resposta de prestar atenção a estímulos sociais relevantes: primeiramente, aumenta a probabilidade de que novos comportamentos inadequados ao grupo sejam emitidos, pois a influência do grupo sobre o indivíduo diminui e aumenta a atenção a estímulos discriminativos diversos; em segundo lugar, o indivíduo passa a ser visto como estranho, excêntrico, bizarro. Isso contribui para instalar um ciclo vicioso onde, visto como estranho, os outros deixam de reforçá-lo cada vez mais, levando-o a reduzir a frequência de comportamentos socialmente aceitos. Para ULLMANN e KRASNER, é possível deduzir o desenvolvimento de outros comportamentos considerados esquizofrênicos a partir da falta de atenção a estímulos sociais

relevantes. A ausência ou extrema redução de reforço para comportamentos sociais faz com que o indivíduo atenda a estímulos irrelevantes do ambiente, emitindo comportamentos cada vez mais inadequados ao meio social como, por exemplo: descuidar-se de sua aparência pessoal, emitir verbalizações bizarras (delírios ou alucinações para a psiquiatria), mutismo, comportamentos de esquivas em relação a outras pessoas do ambiente social, movimentos bizarros, etc.

Também para FERSTER, os comportamentos desviantes decorrem da história de reforçamento do indivíduo (FERSTER, p. 16-18). Para esse autor, o controle do comportamento pelo meio, decorrente do reforçamento diferencial de uma resposta numa ocasião determinada e seu não reforçamento em outras outras ocasiões, pode potencialmente enfraquecer o comportamento de um indivíduo e introduzir uma discrepância entre seu repertório habitual e as práticas reforçadoras do meio. Por exemplo, certos pais que especificam rigidamente as condições em que os filhos devem se comportar, podem fazer com que um grande número de comportamentos não sejam reforçados para a capacidade total dos filhos de lidar com ambientes diferentes do familiar, prejudicando-os seriamente.

BANDURA não concorda que os comportamentos desviantes ou não-desviantes sejam adquiridos unicamente através de condicionamento operante, chegando-se a formas complexas de comportamento pelo procedimento de modelagem. Ele afirma: "Pero es dudoso que pudiesen adquirirse muchas de las repuestas que emiten casi todos los miembros de nuestra sociedad si el adiestramiento social procediese solo por aproximaciones sucessivas" (BANDURA, p. 17, b) (12). Ele

admite que o condicionamento operante é um processo lento na aquisição de certas pautas de conduta e nem sempre a pessoa dispõe em seu repertório comportamental de respostas que a levariam, através da modelagem, a uma conduta desejada. Afirma que a aprendizagem por observação ou a exposição a modelos não só aceleraria a aquisição de pautas de conduta como explicaria a aquisição de certas pautas (BANDURA, p. 120, a). Para ele o reforço desempenha também um papel de destaque na aprendizagem de novos comportamentos: "En realidad, como más rapidamente se adquieren las pautas de conduta social es mediante a influencia combinada de los modelos y del refuerzo diferencial" (BANDURA, p. 18, b) (13). Em suma, BANDURA explica o desenvolvimento de qualquer comportamento desviante, inclusive o comportamento esquizofrênico, do mesmo modo que explica o desenvolvimento dos comportamentos não-desviantes. Isto é, ele explica em termos de variáveis ambientais que controlam e mantêm o comportamento desviante ou qualquer outro comportamento e, não, em termos de uma "doença subjacente".

Na realidade, devemos dizer que muitos autores behavioristas não se referem especificamente aos comportamentos desviantes ditos esquizofrênicos. SKINNER, BANDURA e KANFER são alguns desses autores que não se preocuparam com uma formulação teórica específica para os comportamentos "esquizofrênicos". Esses autores se utilizam dos princípios da teoria de aprendizagem social para explicar o desenvolvimento de qualquer comportamento sem especificar esse ou aquele comportamento (desviante ou não-desviante).



Do que vimos acima, podemos concluir que a diferença entre os comportamentos desviantes e não-desviantes é mais quantitativa do que qualitativa. Não faz sentido, portanto, falar de comportamento esquizofrênico, neurótico, etc. Ambos são vistos pelo meio sócio cultural como comportamentos desviantes. De como esses comportamentos são encarados pelo ambiente social, irá depender das características culturais desse mesmo ambiente, isto é, de como as pessoas aprenderam a reagir a esses comportamentos. KANFER e PHILLIPS colocam muito bem o problema quando afirmam: "Whether a given response, known to have been so produced, is viewed as a neurotic or psychotic symptom depends on the range of tolerance for behavior deviation in the patient's cultural milieu" (KANFER e PHILLIPS, p. 499) (14).

### 3.3.2 - O comportamento esquizofrênico no hospital

De acordo com o item 3.3.1, o comportamento dito esquizofrênico desenvolve-se, mantém-se e pode ser modificado no ambiente social. Desde 1953, SKINNER e HINDSLEY iniciaram experimentos para modificar comportamentos de pessoas internas em hospitais psiquiátricos. No entanto, esses estudos têm se limitado praticamente aos hospitais. No próximo capítulo, quando abordarmos as técnicas de modificação do comportamento, daremos vários exemplos. Esses estudos estão no início, mas

os resultados obtidos vislumbram a possibilidade de modificar comportamentos rotulados como esquizofrênicos em qualquer ambiente social desde que variáveis independentes que os controlam possam ser manipuladas. A grande importância do modelo de aprendizagem social é mostrar que os comportamentos existem, quaisquer que sejam, desviantes ou não, em consequência de variáveis ambientais que os formam e os mantêm. Atuando nessas variáveis é que poderemos modificar os comportamentos, permitindo que as pessoas possam dispor de um repertório compatível com a vida no ambiente social.

Mas a realidade é que as tentativas de se modificar os comportamentos rotulados de esquizofrênicos limitam-se, tanto por parte dos psiquiatras, como parte dos modificadores de comportamento, praticamente aos hospitais.

Para nós, o último estágio na caminhada de uma pessoa rotulada como esquizofrênica é o internamento hospitalar. Se uma pessoa antes já havia deixado de responder aos estímulos sociais relevantes, passando a ser vista como "diferente", após o internamento essa situação agrava-se. No hospital, a pessoa é privada de sua identidade: suas roupas, seus passos passam a ser controlados. No início muitos ainda tentam resistir, sair do hospital, mas com o tempo aceitam o internamento.

Um experimento foi realizado para provar essa diferença de aceitar o internamento que existe entre pacientes "antigos" e pacientes "novos" (BRAGINSKY, BRAGINSKY e RING, p. 59-66). O instrumento de avaliação era um teste para detectar o "estado mental" de cada paciente. Esse teste constava de duas formas, diferindo unicamente pelo título. Os itens eram idênticos. Uma das formas chamava-se "Teste da Doença Mental" e a outra foi denominada "Teste do Auto-conhecimento". Os sujeitos antes de serem submetidos a uma das condições experimentais, recebiam instruções sobre uma das formas do teste. O "Teste da Doença Mental" destinava-se a avaliar a gravidade do "estado mental" do paciente. A forma denominada "Teste de Auto-conhecimento" visava detectar o grau de "sanidade" do paciente, isto é, o conhecimento que o paciente tinha de si próprio. O grupo de controle foi submetido a uma ou outra forma do teste, mas sem receber instruções.

A hipótese do experimento era de que os pacientes "antigos" dariam respostas verdadeiras para o "Teste da Doença Mental" e respostas falsas para o "Teste de Auto-conhecimento". O inverso ocorreria com os pacientes "novos".

Sessenta pacientes foram selecionados. Vinte pacientes "antigos" foram igualmente distribuídos pe-

las duas condições experimentais. A mesma coisa foi feita com os vinte pacientes "novos" (internos há menos de três meses e pela primeira vez). Vinte pacientes "antigos" foram colocados no grupo de controle, devido não haver número suficiente de pacientes novos; desses vinte, dez receberam uma forma do teste e o restante recebeu a outra forma.

A hipótese do experimento foi confirmada. Os pacientes "antigos" tentaram provar que estavam "doentes" e por isso deveriam permanecer no hospital. Já os "novos" pacientes, ao contrário, tentaram provar que estavam "sadios" e, portanto, deveriam receber alta. A diferença foi estatisticamente significativa entre os pacientes "novos" e "antigos" nas duas condições experimentais. Mas não houve uma diferença significativa entre os dois grupos de pacientes do grupo de controle.

O experimento acima nos mostra que internamento contribui para a pessoa aceitar a sua condição de "doente". A estrutura da instituição hospitalar induz a pessoa com o tempo a aceitar tal situação, isto é, a aceitar seu papel de "doente".

Os próprios psiquiatras, hoje, já admitem que o internamento em lugar de favorecer a readaptação da pessoa ao meio social, agrava-a. Estatísticas da Divisão Nacional de

Saúde Mental (DINSAM) revelam que 80% das pessoas internas em hospitais psiquiátricos tendem à cronicidade. Isto é simplesmente dramático. A redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos após o advento dos psicotrópicos, na realidade, é uma redução enganadora. O que vem ocorrendo, pelo menos no Brasil, é que o tempo de internamento diminuiu, mas o número de internações aumentou. Houve um aumento da rotatividade hospitalar, porém os benefícios, para as pessoas com problemas psiquiátricos têm sido mínimos, pois o tratamento restringe-se muito ao uso de drogas. A droga, é, ainda, ao nosso ver, admitida como método de eleição no tratamento psiquiátrico, principalmente no ambiente hospitalar. Essa preferência prende-se a dois aspectos: primeiramente, é um tratamento de fácil manejo e os resultados imediatos são indiscutíveis. Quantos pacientes que pertubavam uma enfermaria foram "acalmados"? O número é incontável. Em segundo lugar, é um método de tratamento que, em relação aos demais, exige pouco conhecimento teórico e prático. É muito mais fácil, por exemplo, dar um comprimido a um paciente que se queixa frequentemente de insônia do que tentar perceber que a queixa somática pode ser uma forma que o paciente encontrou para aproximar-se da equipe hospitalar. É, sem dúvida, uma racionalização do problema do paciente ou, talvez, uma racionalização da própria incapacidade de lidar com o paciente.

A instituição hospitalar tem uma ordem pré-estabelecida. Os pacientes devem adaptar-se a essa nova ordem que é de obediência às normas hospitalares. Qualquer paciente que desafia essas normas, é objeto, muitas vezes de punição, geralmente através da aplicação de eletrochoque ou administração de drogas. ULLMANN e KRASNER afirmam, (ULLMANN e KRASNER p. 365, b), e com quem concordamos plenamente, que os atendentes de enfermagem dividem os pacientes em três grupos: a aqueles que ajudam, aqueles que não causam problemas e aqueles

que são problemáticos. Os primeiros são os que recebem reforço positivo dos atendentes. Tem direito a uma série de regalias na enfermaria, inclusive controlando outros pacientes. - Recentemente, tivemos um caso de um "paciente" que exercia - absoluto controle na enfermaria com conivência dos atendentes. Esse "paciente" distribuía a alimentação, vendia cigarros, dispunha de um quarto especial e chegava mesmo a bater em pacientes que o desafiavam. O curioso é que esse paciente era segurado (INPS), mas preferia ficar em uma secção para indigentes. Quando se falava em alta, respondia com ameaças e isto o mantia no hospital. Quando começamos a entrar em contato com esse "paciente", percebemos que seu comportamento autoritário era reforçado positivamente pela equipe hospitalar. Era portanto, compreensível que o "paciente" jamais desejasse alta. Após algumas entrevistas, o "paciente" aceitou ser transferido para outra enfermaria de segurados e soubemos depois que já falava em receber alta. O segundo grupo, isto é, aqueles pacientes que não causam problemas. Esses pacientes vivem isolados pelos cantos da enfermaria; não exigem nada; são muitas vezes "esquecidos" pelos atendentes. Como exemplo, citemos um caso de um paciente que passava o dia deitado, sem conversar com ninguém, e que simplesmente passou vários dias sem ser apresentado ao psiquiatra, que o desconhecia. Isso sugere, mais uma vez, que a atenção da equipe psiquiátrica é dirigida mais para os comportamentos que perturbam a ordem hospitalar. A redução de atenção para comportamentos não-perturbadores, talvez, possa explicar em parte, o estado de "cronificação" a que chegam muitos pacientes. Os pacientes do terceiro grupo são, muitas vezes, alvo de punição ou, pelo uso do eletrochoque, ou mais comumente, pelo uso de drogas.

Na realidade, o hospital reforça o isolamento de

qualquer contato social. Daí a modificação de comportamentos desviantes, particularmente, os comportamentos "esquizofrênicos" no hospital, desenvolver um repertório que permite aos pacientes viverem apenas no ambiente hospitalar, cujo contexto é, sem dúvida, diferente do ambiente extra-hospitalar. Para poderem viver fora do hospital e serem reforçados adequadamente por outras pessoas, esses pacientes devem aprender um repertório comportamental no próprio ambiente social. A aprendizagem de novos comportamentos no hospital tem produzido resultados animadores, mas ao nosso ver continua mantendo isolado o paciente do seu meio social e dificultando uma re-adaptação.

Uma outra razão que poderia determinar uma abordagem dos comportamentos desviantes no próprio meio social, é aquela em que provavelmente muitas pessoas buscam o internamento em um hospital psiquiátrico como forma de escapar a um ambiente extremamente aversivo e onde a possibilidade de reforçamento positivo torna-se mínima. Apesar do estigma da "doença mental", a vida institucional tem suas vantagens. A final, o hospital garante os meios mínimos de sobrevivência, pelo menos, o que nem sempre ocorre com o ambiente extra-hospitalar. Além do mais, o internamento isenta o indivíduo de qualquer responsabilidade social, principalmente se for rotulado de "esquizofrênico". A busca de internamento pode ser um comportamento de fuga que, ao nosso ver, deve ser abornado, analisado e modificado no ambiente onde se desenvolveu, isto é, o ambiente extra-hospitalar.

De tudo isso, poderíamos concluir que os comportamentos denominados esquizofrênicos, mesmo os mais severos, - observados nos hospitais psiquiátricos, seriam decorrentes de contingências reforçadoras particulares existentes no ambiente hospitalar. Os pacientes procurariam manipular os es

tímulos ambientais que controlam os seus comportamentos, para poderem satisfazer às suas necessidades primárias, do melhor modo possível. Os pacientes não seriam, ao contrário do que se pensa, pessoas passivas, dependentes, para quem as coisas simplesmente acontecem, mas pessoas manipulativas capazes de determinarem o seu próprio destino (BRAGINSKY, BRAGINSKY e RING, p. 33), mesmo que as soluções por eles encontradas sejam, para nós, absurdas. Com toda certeza, a explicação para a aparente ininteligibilidade do comportamento "esquizofrênico" esteja no próprio ambiente onde ele se desenvolve e se mantém.



4- TÉCNICAS DA TERAPIA DO COMPORTAMENTO APLICADAS AO CONJUNTO DE COMPORTAMENTOS ROTULADO COMO "ESQUIZOFRENIA".

4.1- O Diagnóstico Comportamental

Na medicina, o diagnóstico visa identificar quais os fatores responsáveis por determinado distúrbio somático. O diagnóstico é fundamental na escolha do tratamento adequado. O diagnóstico permite avaliar o grau de alteração anatômica e funcional do órgão ou sistema comprometido, ao mesmo tempo que procura determinar o agente etiológico específico, possibilitando a eleição do método de tratamento eficaz e predizer a evolução futura da doença.

Em psiquiatria, como já vimos em 3.1.2, o diagnóstico médico não tem servido a sua finalidade, ao contrário tem sido a forma empregada para rotular as pessoas cujos comportamentos são desviantes. Estes comportamentos são sintomas de hipotéticas "causas internas". Como essas "causas" são apenas suposições, conseqüentemente o tratamento psiquiátrico passa a ser um tiro no escuro, e o seu resultado tem sido desastroso. Entre os próprios psiquiatras há divergências em relação ao diagnóstico e quanto ao valor de importância que consideram a certos "sintomas" mais do que a outros. A realidade é que alguns psiquiatras, psicólogos, sociólogos e antropólogos vêm criticando o conceito médico de doença mental, considerando-o desnecessário. Afirmando que os comportamentos desviantes devem ser compreendidos no próprio contexto sócio-cultural e nunca em termos de supostas causas orgânicas.

Do ponto de vista médico, os comportamentos desviantes característicos da "esquizofrenia" podem ser englobados na seguinte definição, segundo BLEULER: a "esquizofrenia" caracteriza-se por um conjunto de transtornos psicológicos -

onde ocorrem dissociação do pensamento, distúrbios, da emoção (rigidez e embotamento afetivos, ambivalência) e enfraquecimento da vontade. Destacam-se ainda, porém com menor relevância que os transtornos anteriores, o autismo, delírios e alucinações. Isso conduz, em geral, a uma desorganização da personalidade do paciente. (apud MAYER-GROSS, SLATER e ROTH, p. 279).

A definição acima é baseada unicamente em dados psicopatológicos. Esses dados não são objetivos, ao contrário dos sintomas orgânicos. O diagnóstico psicopatológico torna difícil a tarefa do psiquiatra, ao tentar apreender que sintomas deveriam ser considerados fundamentais para identificar um determinado quadro nosológico. O diagnóstico psicopatológico é "juízo de afirmações, da avaliação da conduta e do comportamento do paciente e das impressões do clínico" (SCHNEIDER, p. 147). Por isso, o diagnóstico psicopatológico não deve ser considerado diagnóstico em sentido médico (SCHNEIDER p. 149). Particularmente, no que concerne à "esquizofrenia", há divergência entre muitos psiquiatras em relação aos "sintomas" que devam ser considerados primários ou secundários para chegar-se a um diagnóstico. Por exemplo, na definição acima, o enfraquecimento da vontade é admitido como "sintoma primário", mas SCHNEIDER o considera como "sintoma secundário" (SCHNEIDER, p. 205). A consequência disso é uma divergência em relação ao diagnóstico de esquizofrenia a que nos referimos no início do nosso trabalho.

O diagnóstico no modelo de aprendizagem social difere radicalmente daquele do modelo médico. É necessário salientar que a palavra diagnóstico poderia ser abolida e ser substituída por "análise funcional" ou "avaliação comportamental". No entanto, neste trabalho usaremos as três expressões indistintamente.

O diagnóstico comportamental procura determinar que variáveis ambientais controlam o (s) comportamento (s) observado (s). O diagnóstico destaca a relação funcional entre o ambiente e o comportamento, como também as consequências que o comportamento produz no próprio ambiente do indivíduo.

Ao nosso ver quem melhor elaborou um paradigma de análise funcional do comportamento foram KANFER e SASLOW. A equação comportamental elaborada por esses autores contém cinco elementos (KANFER e SASLOW, p. 426-437).

$$S \longrightarrow O \longrightarrow R \longrightarrow K \longrightarrow C$$

"S" são os estímulos que antecedem o comportamento; "O" é o estado biológico do organismo; "R" são os comportamentos observados; "K" é a relação de contingência e "C" é a consequência.

Essa equação comportamental concorda com o que afirmamos no item 3.2.1, isto é, consideramos que os comportamentos desviantes e, qualquer outro, poderiam ser explicados pela interação constante entre variáveis independentes, quer sejam ambientais quer sejam variáveis inerentes ao próprio organismo.

KANFER e SASLOW estabelecem o seguinte guia para chegar-se a um diagnóstico comportamental:

1) Análise de uma situação problema: descrição detalhada dos excessos ou déficits comportamentais de que se queixa o paciente.

2) Esclarecimento da situação problema: averiguação das circunstâncias e pessoas que mantêm os comportamentos problemáticos do paciente, e as consequências desses comportamentos para o próprio paciente e para os outros.

3) Análise das motivações: observação dos vários incentivos e condições aversivas que representam os fatores motivacionais dominantes no paciente..

4) Análise do desenvolvimento: averiguação dos fatores biológicos, sócio-culturais e mudanças comportamentais na história do paciente que podem ser relevantes para a sua queixa presente e para o programa de tratamento.

5) Análise do auto-controle: exame dos métodos e o grau de auto-controle exercido pelo paciente na vida diária.

6) Análise das interações sociais: avaliação das relações sociais que influenciam o comportamento presente do paciente e o comportamento das outras pessoas.

7) Análise do meio sócio-cultural-físico: avaliação do grau de congruência entre o ambiente presente do paciente, seu repertório comportamental e o tipo de objetivos terapêuticos que o terapeuta pode estabelecer.

O programa acima, de análise funcional do comportamento, desenvolvido por KANFER e SASLOW permite uma avaliação constante de todos os fatores que determinam o comportamento-problema, mesmo durante o período de tratamento, possibilitando a revisão contínua dos métodos de intervenção terapêutica.

#### 4.2 - As Técnicas da Terapia do Comportamento

##### 4.2.1 - Visão geral: breve comparação com outras técnicas

As técnicas da terapia do comportamento visam mo-

dificilar diretamente os comportamentos inadequados, isto é, os "sintomas" para outras terapias. Elas não visam uma abordagem da personalidade como um todo. Essas técnicas se originam de estudos experimentais sobre a aprendizagem.

Os terapeutas do comportamento se preocupam com as variáveis ambientais que são relevantes para a modificação dos comportamentos-problemas. Esses comportamentos são observados e registrados continuamente o que permite uma avaliação constante do progresso terapêutico. Comumente, o terapeuta do comportamento faz ou solicita um registro do comportamento antes de qualquer intervenção terapêutica. É a linha de base do comportamento. Com registros posteriores o terapeuta pode ter uma idéia sobre possíveis modificações na frequência do comportamento em relação a sua linha de base. A avaliação constante é feita através de uma análise dos estímulos antecedentes e consequentes que controlam os comportamentos no presente. A história passada do sujeito é importante para explicar como os comportamentos provavelmente se desenvolveram, contudo as variáveis que podem ter atuado em algum ponto da história passada do sujeito não são relevantes para modificar os comportamentos no presente.

Ultimamente, os terapeutas do comportamento vêm se preocupando cada vez mais com a influência das variáveis intervenientes sobre os comportamentos, tais como: processos cognitivos, ansiedade, etc. Essas variáveis são inferidas através de comportamentos manifestos e são de difícil controle experimental. Como veremos mais adiante, algumas técnicas de modificação do comportamento estão baseadas

na atuação dessas variáveis.

Outras técnicas de origem não-comportamental como a psicanálise e a terapia não-diretiva enfatizam o papel das variáveis intervenientes (estados interiores) no desenvolvimento dos comportamentos. Essas técnicas são decorrentes da prática clínica.

Na psicanálise, o terapeuta objetiva modificar indiretamente os comportamentos inadequados, procurando fazer com que o paciente chegue à compreensão em nível consciente de seus conflitos intrapsíquicos, isto é, de suas repressões inconscientes realizadas durante sua história de vida. Como já vimos, os conflitos são as "causas" dos comportamentos atuais do paciente. Esses comportamentos são interpretados pelo terapeuta, no decorrer do tratamento, dentro do arcabouço teórico da psicanálise. É fundamental, portanto, o relacionamento terapeuta-paciente. O sucesso do tratamento depende muito desse relacionamento, isto é, dos sentimentos que o paciente transfere para o terapeuta.

Na terapia não-diretiva a ênfase não é dada na compreensão dos processos inconscientes, mas na auto-compreensão consciente que o próprio sujeito faz de suas experiências de vida. O self que é o conceito fundamental nessa terapia, desenvolve-se atra-

vés das percepções que o indivíduo faz de suas experiências, de seus comportamentos. Com isso o indivíduo forma sua auto-imagem que muitas vezes apresenta distorções, acarretando dificuldades pessoais. Na terapia não-diretiva, o sujeito através de suas próprias verbalizações procura melhor conscientizar-se de suas vivências e de seus comportamentos. Isso se dá através da aceitação incondicional do sujeito por parte do terapeuta. O sujeito pode reestruturar seu self, facilitando sua auto-realização, seu desenvolvimento como ser humano.

Em suma, a psicanálise e a terapia não-diretiva objetivam diretamente a reestruturação da personalidade do sujeito como um todo organizado e não a modificação direta dos comportamentos inadequados através de uma análise funcional dos estímulos relevantes que os controlam (terapia do comportamento).

#### 4.2.2 - Principais técnicas da terapia do comportamento empregadas para modificar comportamentos denominados esquizofrênicos

##### a) Modelagem

É uma técnica de modificação do comportamento, baseada no condicionamento operante, pelo emprego de reforçamento diferencial e aproximações sucessivas. O experimentador, inicialmente, somente reforça diferencialmente respostas simples que já existem

no repertório do sujeito e que levam ao comportamento final. Gradualmente, através das aproximações sucessivas, o experimentador modifica o critério do reforçamento até chegar ao comportamento desejado.

Em 1960, ISAACS, THOMAS e GOLDDIAMOND (apud ULLMANN e KRASNER, p. 69-72, a) utilizaram a modelagem para reinstalar comportamento verbal em psicóticos. O paciente era um homem de 40 anos que estava mudo e isolado há 19 anos. Recebeu o diagnóstico de esquizofrenia catatônica. Ele sentava-se impassivamente nas sessões de grupo-terapia por um longo período de tempo. Certo dia, o experimentador notou que o paciente seguia com os olhos um pedaço de goma de mascar que ele acidentalmente havia derrubado no chão. O movimento do olho foi escolhido como a primeira resposta no programa de modelagem e a goma de mascar seria o reforço. Primeiramente, o experimentador colocava a goma de mascar diante dos olhos do paciente. Se o paciente olhava para a goma, recebia-a como reforço. Após esta resposta ter sido estabelecida, o experimentador mostrava a goma e esperava um movimento nos lábios do paciente. Se ocorresse dava a goma como reforço. O reforço seguinte ocorreria após o paciente ter emitido uma vocalização. Em seguida o reforço era dado, após o paciente dizer "goma". Finalmente, após ter dito "por favor, goma". Depois o paciente passou a responder a questões feitas pelo experimentador, como dizer o nome, a idade, etc. A generalização de respostas verbais ocorreu para outras pessoas no hospital.

O procedimento de modelagem também foi empregado, em 1960, por KING, ARMITAGE e TILTON (apud ULLMANN e KRASNER, p. 99-112, a) para modificar comportamentos esquizofrênicos caracterizados por verbalizações e atividade física pouco frequentes. Foram selecionados 48 pacientes cujas idades va



riavam de 25 a 42 anos, com tempo de internamento variando de 50 a 171 meses. Dos 48 pacientes, dezoito eram hebefrênicos, quatorze indiferenciados, onze catatônicos e cinco paranoídes. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de doze pacientes cada, sendo um grupo experimental (terapia operante-interpessoal) e três grupos de controle. No grupo de terapia verbal, o entrevistador tentava comunicação verbal com cada paciente isoladamente. No grupo de terapia recreacional cada paciente participava de diversas atividades recreativas (jogos, danças, etc.). No grupo de não-terapia, os pacientes continuavam desempenhando suas atividades de rotina na enfermaria.

No grupo de terapia operante-interpessoal (experimental), o procedimento constava de três fases. Na primeira, denominada "comportamento operante simples", cada sujeito era treinado a pressionar uma barra, recebendo como reforço, doces, cigarros e elogios do terapeuta. Na segunda fase, chamada "solução de problemas simples e complexos", cada paciente movimentava isoladamente uma alavanca que se movia em sentido horizontal e vertical, para cima e para baixo e para os lados, acendendo de uma a quatro luzes de acordo com a complexidade da tarefa. Após três semanas, verbalizações foram introduzidas. Inicialmente, o terapeuta fazia perguntas ao sujeito, como por exemplo: qual será o próximo movimento? Depois o terapeuta solicitava do sujeito que descrevesse os movimentos empregados para solucionar um problema. Finalmente, o terapeuta encorajava verbalizações não relacionadas com o experimento. Na terceira e última fase, denominada "solução cooperativa de problemas", o sujeito deveria pressionar uma alavanca semelhante à da 2ª fase, coordenando seu movimento, inicialmente, com o terapeuta que pressionava outra alavanca.

Depois trabalhava em cooperação com outro paciente, enquanto dois outros observavam. Por último, os dois sujeitos que trabalhavam em cooperação, comunicavam aos não-observadores a solução do problema.

O experimento durou 15 semanas e os sujeitos de três grupos, exceto o grupo de não-terapia, eram entrevistados três vezes por semana.

Os resultados do experimento mostraram que o método operante-interpessoal foi mais efetivo do que os métodos dos grupos de controle, acarretando melhora clínica, baseada em observações na enfermaria e em entrevistas de avaliação. Comparando as variáveis: nível de verbalização, motivação para deixar a enfermaria, resistência à terapia, mais interesse em terapia ocupacional, foram constatadas diferenças significativas em favor do método operante-interpessoal.

Uma avaliação realizada seis meses após revelou - que o grupo de terapia operante-interpessoal apresentava menos patologia do que os outros grupos. No entanto, de todos os sujeitos somente um, do grupo operante-interpessoal, permanecia na secção aberta.

Comentários: a técnica de modelagem é empregada - com pessoas ditas esquizofrênicas em dois tipos de problemas. Primeiramente, vem sendo aplicada a déficits comportamentais severos, como mutismo. Em segundo lugar, pode ser aplicada a comportamentos inadequados reforçados em esquemas intermitentes e, por isso, há muitas vezes dificuldades em modificá-los ou eliminá-los. Devido a essa razão, em muitas situações, é preferível modelar um novo comportamento que passa a competir com o comportamento inadequado, partindo de um operante de frequência reduzida do que tentar eliminar o comportamento inadequado diretamente. Essa técnica é um procedimento re

lativamente demorado e complexo, requerendo grande habilidade e conhecimento do modificador do comportamento. Talvez, - por isso, sua aplicação a comportamentos desviantes severos tenha se limitado às instituições onde se pode exercer maior controle ambiental. Os efeitos de generalização têm sido pobres, limitando-se basicamente ao ambiente hospitalar. Provavelmente, há necessidade de um treino adicional de generalização.

#### b) Saciação

É uma técnica operante que consiste em apresentar um estímulo em abundância, o que acarreta uma diminuição do valor de reforço do estímulo, possibilitando reduzir a frequência de um comportamento indesejável.

Em 1963, AYLLON realizou um experimento (apud ULLMANN e KRASNER, p. 77-84) com uma mulher diagnosticada como esquizofrênica, com 47 anos de idade e interna há nove anos. Uma das técnicas empregadas foi a saciação. A paciente apresentava três tipos de comportamento que eram considerados indesejáveis na enfermaria: roubar comida, armazenar toalhas e uso excessivo de roupas. A saciação foi usada com o comportamento de armazenar toalhas. As enfermeiras periodicamente traziam para a paciente, cada vez mais toalhas, sem fazer nenhum comentário. Quando o número de toalhas deixadas no quarto chegou a 625, a paciente começou a tirar algumas do quarto. Então, não foram mais dadas toalhas à paciente. Durante um ano, o número médio de toalhas encontrado no quarto era de 1 a 5 por semana.

Em 1971, WOLF (apud BAKER, p. 224) usou também a técnica de saciação. Foi empregada com um paciente que expressava idéias de grandeza. O procedimento consistia em fazer o

paciente falar uma hora sobre seus delírios. Eram realizadas cinco sessões por semana. Após 48 dias o paciente "adoeceu" de tanto falar sobre seus delírios, procurando depois, esquivar-se das sessões. Houve redução de apenas 10 por cento na frequência do delírio, desde a linha de base até o período de seguimento (follow-up).

Comentários: a técnica de saciação é, em última instância um método aversivo. Como trata unicamente um comportamento inadequado que, provavelmente, deve estar relacionado com algum tipo de privação é, possível, que após o efeito da saciação, o mesmo comportamento ou outro reapareça. Isso talvez fosse evitado se houvesse possibilidade de verificações empíricas com um seguimento a longo prazo.

### c) Modelação

Esta técnica foi desenvolvida por BANDURA. Diz ele: "Al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus repuestas, el observador puede aprender repuestas nuevas o variar las características de las jerarquías de repuestas previas, sin ejecutar por sí mesmo ninguna repuesta manifiesta ni recibir ningún refuerzo directo" (BANDURA, p. 57, b) (15).

Em 1973, GUTRIDE, GOLDSTEIN e HUNTER empregaram essa técnica (apud BAKER, p. 221-222). Foram apresentados quatro video-tapes aos pacientes. O primeiro mostrava cenas de como um indivíduo (Modelo) pode interagir com um outro indivíduo que se aproxima dele. O segundo mostrava como um indivíduo pode iniciar interação com uma segunda pessoa. O terceiro mostrava como um indivíduo pode iniciar interação com um grupo de indivíduos, e o quarto, como pode recomeçar relações com parentes e amigos e retomar negócios fora do hospital. Os quatro filmes eram apresentados a cada grupo de paci

entes. Os pacientes recebiam reforço social quando imitavam o modelo. Os comportamentos dos pacientes eram filmados e depois discutidos no grupo.

Os padrões de interação social melhoraram dentro e fora da situação de tratamento quando comparados com os pacientes do grupo de psicoterapia e com os do grupo de não-tratamento. A técnica foi bem sucedida tanto com pacientes agudos como crônicos.

Em 1965, SHERMAN empregou a técnica de imitação com reforçamento, em uma paciente de 65 anos, diagnosticada como portadora de esquizofrenia simples e com uma história de mutismo há 33 anos (SHERMAN, p. 160-162). A técnica era aplicada três vezes por semana com cada sessão durando cerca de cinquenta minutos.

Da sessão de número 1 até a 35 foi empregada a modelagem porém sem resultado. A paciente emitiu apenas algumas vocalizações de baixa frequência e intensidade.

Na sessão 36, a imitação foi introduzida. Inicialmente, a paciente deveria imitar respostas não-verbais emitidas pelo experimentador, como, levantar-se, sentar-se, apagar um objeto, tocar a mesa. Quando a resposta era executada a paciente recebia comida como reforço e elogios do experimentador. Depois deveria imitar respostas cada vez mais próximas do comportamento verbal apresentadas pelo experimentador, como, acenar com a cabeça, abrir a boca, apagar um fósforo aceso.

Na sessão 40, o experimentador introduziu a imitação de um som vocal (aaa). De início, a paciente não conseguiu imitar esse som e, inclusive, não imitou respostas apren

didadas nas duas últimas sessões. Respostas intermediárias foram introduzidas, como soprar. Na sessão 45, já imitava o som "aaa". Outros sons foram introduzidos.

A partir da sessão 48, a paciente passou a imitar os sons "fff", "õõ" e "da" que combinados formavam food - (comida). Na sessão 57, a paciente imitava "food" e outras palavras.

Entre as sessões 58-78, aprendeu a dizer "food" - quando o experimentador perguntava: o que é isto? Para estabelecer essa resposta, foi empregado um procedimento de "fading" (esmaecimento). "Diga "food"; "diga foo-"; "diga f---"; "O que é isto? Diga f---"; "O que é isto? Diga ---"; "O que é isto"? Depois passou a dizer palavras (nomes de comida) que não tinham sido reforçadas pelo experimentador diretamente.

Das sessões 65 a 78, a paciente já respondia regularmente para receber quase todas refeições experimentalmente controladas.

Entre as sessões 78-85, foi introduzida uma modificação nas contingências reforçadoras. A paciente só recebia reforço 30 segundos após emitir a resposta desejada. Durante esse período, o nível de respostas verbais da paciente diminuiu gradualmente.

A partir das sessão 86 até 92 as contingências reforçadoras foram retomadas, havendo um acentuado aumento no comportamento verbal da paciente.

Entre as sessões 93-92, houve uma expansão do repertório verbal da paciente. Deveria nomear novos objetos para receber reforço. Responder perguntas como: "Qual é seu nome?" "Como vai?", etc.

Foi realizado posteriormente um teste de generalização. A paciente respondeu a questões feitas por outro experimentador. As respostas foram muito semelhantes às respostas do primeiro experimentador. A generalização para os atendentes só ocorreu quando esses últimos passaram a empregar reforço para o comportamento verbal da paciente.

Comentários: a técnica de modelação é um procedimento de efeitos mais rápidos que a modelagem. Ao contrário dessa última técnica que prepara as condições necessárias a fim de que o sujeito emita progressivamente respostas cada vez mais complexas até chegar ao comportamento final, a modelação quando usada sozinha, apresenta as condições para a emissão do comportamento final desejado. Para ser empregada é preciso que os comportamentos simples que compõe o padrão complexo a ser aprendido já estejam no repertório do sujeito. Por essa razão, ela acelera o processo de aprendizagem e é, muitas vezes, superior à modelagem quando temos de modificar comportamentos de reduzidíssima frequência ou nível operante zero e também quando temos de instalar respostas complexas - cuja modelagem seria dispendiosa, exigindo bastante tempo. A modelação é frequentemente usada com outros procedimentos, como o esmaecimento ou a própria modelagem. Um exemplo foi o do experimento citado do SHERMAN em que para a aquisição do comportamento verbal no sujeito, houve na realidade, um procedimento de modelagem cujas etapas eram aceleradas pela modelação. Na técnica de modelação, o experimentador não espera passivamente que o sujeito emita a resposta, para então reforçá-lo, mas cria as condições para que o sujeito possa emitir a resposta rapidamente.

#### d) Punição

A punição pode incluir basicamente dois tipos de procedimentos. O primeiro, consiste na apresentação de um es

tímulo aversivo, após a emissão de uma dada resposta. O segundo, consiste na retirada de um reforçador positivo contingente à emissão de uma resposta.

Em 1970, BUCHER e FABRICATORE aplicaram a punição a um paciente, de 47 anos, diagnosticado como esquizofrênico. O paciente queixava-se que ouvia vozes de natureza obscena e crítica, durante cinco anos. Foi dada uma caixa de choque elétrico ao mesmo, recebendo instruções de aplicar um choque em si próprio sempre que ouvisse as vozes. O choque deveria ser aplicado até as vozes desaparecerem. A frequência das vozes era de quatro a sete vezes por dia antes da aplicação do choque e duravam cerca de 20 (vinte) minutos. Nove dias após a aplicação do primeiro choque, a frequência das vozes havia caído a zero e permaneceu assim até o 35º dia. O paciente referiu o aparecimento de "murmúrios", periodicamente, após o 12º dia, que não o incomodavam. Os "murmúrios" resistiram à supressão pela aplicação de choque elétrico. No 35º dia o paciente recebeu alta abruptamente. Duas semanas após, retornou ao hospital e as vozes reapareceram. (BUCHER e FABRICATORE, p. 382-385).

Em 1974, CAYNER e KILLAND aplicaram o procedimento de "time-out" para modificar comportamentos rotulados como esquizofrênicos. O "time-out" é um tipo particular de punição cujo procedimento consiste em retirar o sujeito da situação em que ocorre o reforçamento, durante um breve intervalo, de 5 a 10 minutos em média, ou então, impedir a possibilidade de reforçamento.

Um dos casos relatados por esses autores (CAYNER e KILLAND, p. 143-145) foi de um paciente diagnosticado como esquizofrênico crônico, com 53 anos de idade e interno há 22 anos. O paciente apresentava comportamentos frequentes de au



to-mutilação, em média 42 vezes por dia. Após o início do "time-out" (o paciente era retirado da enfermaria e colocado num quarto apropriado para o "time-out", durante cinco minutos, sempre que apresentasse um comportamento de auto-mutilação) a frequência caiu praticamente a zero na 5ª semana. Entre a 8ª e a 17ª semana o comportamento ocorreu seis vezes apenas. Entre a 18ª e 22ª semana ocorreu três vezes. Nesse ponto, o experimento terminou. Observações posteriores casuais indicaram que o comportamento não havia retornado.

Comentários: a punição é uma técnica aversiva de modificação do comportamento. Seus efeitos ocorrem, em geral, quando está sendo aplicada, necessitando atenção constante da pessoa que aplica e, por isso, torna-se de valor limitado. Acarreta muitas vezes generalizações indesejáveis, inibindo comportamentos socialmente adequados. O "time-out" como é um tipo suave de punição não acarreta, em geral, consequências aversivas posteriores para os sujeitos. Como o tempo empregado é pequeno, permite aplicação da técnica várias vezes por dia, acelerando rapidamente a modificação do comportamento indesejável. O "time-out", em geral, é combinado com outros procedimentos, como o reforçamento diferencial de comportamentos adequados.

#### e) Técnicas de auto-regulação

A expressão acima é usada na edição inglesa do livro de KANFER e PHILLIPS para denominar as técnicas que abordam aspectos "cognitivos" do comportamento (KANFER e PHILLIPS p. 407). É uma área de desenvolvimento recente da terapia do comportamento cujo objetivo é, como diz MEICHENBAUM: " ..the training of the person to evaluate his own performance and bring the things he says to himself under his own control" - (apud ULLMANN e KRASNER, p. 238, b) (16).

Em 1974, MOSER aplicou a técnica de sensibilização encoberta (punição encoberta) com um indivíduo diagnosticado como esquizofrênico paranóide. A sensibilização é um procedimento que consiste em apresentar um estímulo aversivo imaginário à imaginação. O sujeito era um jovem de 24 anos que se queixava de escutar vozes e ter visões do irmão e da mãe já falecidos. O sujeito afirmava: "... eles estão querendo controlar minha vida ...". Foi instruído a imaginar uma cena desagradável sempre que as "vozes" e as "visões" aparecessem. Diariamente deveria registrar a frequência de seu "comportamento alucinatório", colocando-a num pequeno cofre. Após o início da sensibilização encoberta, as "visões" desapareceram no 5º dia e não mais retornaram. As "vozes" desapareceram no 24º dia. O experimento durou seis meses. Contatos frequentes posteriores, durante dois anos, mostraram que os sintomas psicóticos não tinham retornado.

Em 1973, MEICHENBAUM e CAMERON utilizaram com pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, um treinamento de auto-instrução ("to talk to themselves") combinado com imitação (MEICHENBAUM e CAMERON, p. 517-522). Foram selecionados 15 pacientes agudos distribuídos igualmente para o grupo experimental (treino em auto-instrução) e dois grupos de controle. Em um dos grupos de controle (grupo prático), os pacientes realizavam as mesmas tarefas que os do grupo experimental porém sem receber treino em modelação e auto-instrução, no entanto, encontravam-se com o experimentador com a mesma regularidade que o grupo experimental. O outro grupo de controle não recebia nenhum tratamento.

Os pacientes do grupo experimental foram submetidos a um treinamento de auto-instrução. Inicialmente observavam o experimentador a desempenhar uma tarefa em voz alta. Em seguida, realizavam a mesma tarefa enquanto o experimentador os ins

trua. Depois davam instruções a si próprios, em voz alta. - Em seguida, murmuravam as instruções para si próprios. Finalmente, auto-instruíam-se de modo encoberto.

Avaliações pré e pós-tratamento revelaram uma melhora estatisticamente significativa no grupo experimental - em relação aos grupos de controle. Houve também uma melhora significativa no grupo prático de controle em relação ao grupo de não-tratamento.

Comentários: esses experimentos sugerem que num procedimento de modificação do comportamento, quando variáveis-cognitivas são manipuladas, há possibilidade do sujeito auto-avaliar os estímulos que controlam o seu próprio comportamento, facilitando o auto-controle. Uma vantagem das técnicas - de auto-regulação é a possibilidade de serem aplicadas em qualquer ambiente e isso, ao nosso ver, contribui para uma maior generalização de seus efeitos. Há, no entanto, dois inconvenientes. O primeiro refere-se ao pouco controle que o terapeuta tem sobre as variáveis cognitivas; isso pode prejudicar uma análise funcional adequada do comportamento. O segundo inconveniente concerne, particularmente, aos comportamentos "esquizofrênicos". Essas técnicas exigem um repertório comportamental básico anterior de auto-controle. Muitos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos apresentam comportamentos de auto-controle muito deficitários; isso pode limitar a aplicação dessas técnicas em muitos casos.

#### f) Treino afirmativo (assertivo)

WOLPE define comportamento assertivo como "a expressão adequada de qualquer emoção que não a ansiedade, com relação à outra pessoa (WOLPE, p. 98). Citemos alguns exemplos de déficit no comportamento afirmativo. O sujeito poderá ser incapaz de elogiar uma mulher que o agrada; poderá ser incapaz de discordar da opinião de outra pessoa; poderá ser inca

paz de desaprovar uma comida num restaurante; etc. O sujeito "fica inibido ao dizer ou fazer coisas que parecem certas e razoáveis para um observador" (WOLPE, p. 98).

Em 1973, BLOOMFIELD aplicou o treino afirmativo com uma paciente de 33 anos, diagnosticada como esquizofrênica - crônica que apresentava queixas de submissão e timidez. Devido a isso, estava enfrentando dificuldades com a vizinha do apartamento abaixo do seu. A vizinha era uma pessoa exigente, de sono leve que, frequentemente batia no teto, queixando-se de que a paciente fazia muito barulho e confusão. A vizinha continuou a bater no teto, mesmo após a paciente ter procurado fazer menos barulho possível. A paciente procurava evitar contatos com a vizinha. Sentia-se ansiosa, deprimida e com receio de que a vizinha estivesse incomodando os outros moradores (BLOOMFIELD, 277-281). No grupo de treino afirmativo - de que participava, a paciente representava, juntamente com os outros do grupo, suas dificuldades com a vizinha. Após as representações, a paciente recebia "feed-back" de seu comportamento. O apoio do grupo atuava como reforçador. Gradualmente, aprendendo respostas afirmativas que lhe permitiam que a vizinha tivesse informações sobre ela, poderia mudar então - seu comportamento. Finalmente passou a emitir o comportamento treinado no grupo, na vida real, registrando posteriormente seu desempenho. A paciente procurou a vizinha espontaneamente. Em poucas semanas, passaram a encontrar-se mais frequentemente, mantendo um relacionamento amigável. A paciente melhorou, inclusive, da ansiedade e depressão.

O treino afirmativo foi empregado combinado com condicionamento verbal para modificar o comportamento delirante, alucinatório e isolamento de um jovem de 20 anos de idade, - diagnosticado como esquizofrênico paranóide (NYDEGGER, p.225 -227). O sujeito tinha dificuldades de tomar decisões e quan

do se encontrava em tais situações surgia um conflito, seguido posteriormente, dos "sintomas" acima. A decisão era atribuída às "vozes". Foi explicado ao paciente que as "vozes" eram seus pensamentos e que no futuro ele deveria se referir a "pensamentos" e não a "vozes". A equipe reforçava-o somente quando falava de seus "pensamentos", decisões, etc. O comportamento passivo e de isolamento foi tratado por treino afirmativo combinado com dessensibilização sistemática para situações inter-pessoais. O comportamento delirante foi modificado por reforçamento diferencial, reforçando-se o "falar sadio" e ignorando-se as crenças delirantes.

A frequência das alucinações caiu de sete vezes (auditivas) e três vezes por dia (visuais) para zero, em dois meses de tratamento. Os contatos interpessoais melhoraram de modo impressionante; o sujeito em um mês falava frequentemente com outros e tornou-se ativo nas atividades dos pacientes. O comportamento delirante desapareceu completamente após seis meses.

O sujeito recebeu alta. Foram mantidos contatos após o tratamento durante dois anos e meio. O sujeito não apresentou nenhum sintoma durante esse tempo.

Comentários: o treino afirmativo é limitado a um tipo particular de comportamento social que é a dificuldade que tem o sujeito de expressar sua própria opinião em relação a outra pessoa como, por exemplo, reclamar de alguém que fura uma fila no cinema. Tem sido empregado a indivíduos isoladamente ou em grupo. Talvez, nesse último caso, dependendo de como a técnica seja aplicada, o processo de generalização ocorra com maior rapidez. Fora do ambiente hospitalar, o terapeuta tem pouco controle sobre o comportamento do sujeito, pois não pode assegurar se ele está emitindo comportamentos sociais adequados e fazendo registros de modo efetivo. Outro

aspecto importante é verificar se o sujeito está sendo controlado por seus próprios estímulos aversivos ou pelos de outra pessoa; isso impõe limitações à técnica. Também é de emprego limitado a pessoas que apresentam um repertório comportamental de auto-controle deficitário, particularmente, os comportamentos esquizofrênicos de maior severidade.

g) Dessensibilização sistemática

Esta técnica foi desenvolvida por WOLPE. É baseada no paradigma do condicionamento respondente. Sobre a técnica, diz WOLPE: "Um estado fisiológico inibitório de ansiedade induzido no paciente, ... através do relaxamento muscular, é então exposto a um estímulo fraco de eliciação da ansiedade. A exposição é repetida até que o estímulo perca completamente a sua capacidade de eliciar a ansiedade. Então, estímulos progressivamente 'mais fortes' são introduzidos e igualmente tratados" (WOLPE, p. 112).

Em 1973, SLADE empregou a técnica com um paciente diagnosticado como esquizofrênico, de 19 anos de idade e interno há um ano. A queixa principal eram alucinações auditivas. Inicialmente foi solicitado ao paciente registrar as situações sociais, em uma escala de hierarquia de ansiedade de 18 itens, relacionadas com a ocorrência de vozes. O paciente foi depois treinado na técnica do relaxamento progressivo de JACOBSON, seguida, posteriormente, da dessensibilização pela apresentação de imagens. Em treze sessões, durante quatro semanas, não houve modificação na frequência das vozes. Foi introduzida a dessensibilização "in vivo" durante dez semanas. Houve então redução na frequência das vozes, de 12% dos registros da linha de base para 4% após a introdução da dessensibilização "in vivo". Um seguimento de cinco semanas revelou que a frequência havia caído para 2%. O experimento mostrou-

que três de seis condições ambientais (arredores barulhentos, muitas pessoas, etc) apresentaram uma diferença significativa entre as ocasiões de presença e ausência de vozes. Também de dez condições de "estados de espírito" (tensão, concentração, etc.), quatro apresentaram uma diferença significativa entre as ocasiões de presença e ausência de vozes. Em resumo, houve uma melhora da interação social do paciente que passou a conversar mais frequentemente com as pessoas; houve melhora na ansiedade, concentração e para pensar mais claramente.

A dessensibilização sistemática foi empregada em 1971 para modificar o comportamento alucinatório de uma mulher de 53 anos de idade (ALUMBAUGH, p. 415-417). A paciente informava que ouvia vozes de Deus, de seu patrão e de outras pessoas importantes na sua vida. Segundo a paciente, as vozes estavam associadas com o comportamento de fumar.

Primeiramente, foi solicitado à paciente registrar o número de vezes e o tempo que passava alucinando como também o número de cigarros fumados por dia, durante uma semana. Entrevistava-se a paciente para verificar que situações relacionadas com o comportamento de fumar eram mais tensas. Após, as situações foram colocadas, pela paciente, numa hierarquia de ansiedade, indo da menos para a mais tensa. A técnica do relaxamento foi introduzida.

A paciente concordou em reduzir o número de cigarros entre 5 e 15 por dia e registrar o número de cigarros fumados por dia.

A dessensibilização foi empregada de acordo com os dez níveis da hierarquia, juntamente com o relaxamento.

Houve redução do comportamento de fumar, de 30 cigarros durante o período de linha de base, até 8 cigarros por dia, em média, durante o tratamento. A frequência do compor-

tamento alucinatorio relacionada ao "fumar cigarros" caiu a zero na 12ª semana.

Um seguimento de um ano revelou que as vozes não haviam retornado. A paciente havia deixado completamente de fumar.

Comentários: a dessensibilização sistemática permite, em geral, sua aplicação em qualquer ambiente desde que o sujeito tenha recebido um treino prévio. A pessoa que tenha recebido um treino eficaz de relaxamento pode relaxar no próprio ambiente que gera a ansiedade. Esses aspectos podem beneficiar o processo de generalização. Há alguns inconvenientes em relação à dessensibilização que se não a prejudicam completamente, podem, no entanto, limitá-la: a) os dados que o terapeuta manipula são pouco rigorosos, pois são fornecidos pelo próprio sujeito; b) a modificação de eventos internos não permite uma observação e mensuração diretas; c) a explicação do funcionamento da técnica é teórica, isto é, baseada nos níveis de hierarquia de ansiedade, pois não há verificação empírica dessa hierarquia; d) a dessensibilização também requer um repertório básico de auto-controle, limitando sua aplicação a comportamentos esquizofrênicos severos.

#### h) Sistema de economia de fichas

Este procedimento foi desenvolvido, em 1968, por AYLON e AZRIN. Destina-se a modificar o comportamento de pacientes em uma enfermaria psiquiátrica. Consiste em dar fichas aos pacientes que apresentam comportamentos considerados desejáveis pela equipe hospitalar, tais como: tomar banho, vestir roupas limpas, tomar a medicação, alimentar-se nas horas certas, etc. Estas fichas depois podem ser trocadas por cigarros, visitar parentes, assistir televisão, solicitar refeição extra, etc.



AYLLON e AZRIN aplicaram o sistema de economia de fichas com um grupo de oito pacientes, sendo que cinco foram diagnosticadas como esquizofrênicas (AYLLON e AZRIN, p. 245-252). Na primeira fase, eram reforçadas a trabalhar fora da enfermaria numa tarefa preferida por elas, recebendo 70 fichas cada, que podiam ser trocadas por atividades recreativas, visitas a familiares, etc. Na segunda fase, eram reforçadas para a tarefa não-preferida. Na terceira fase, a tarefa preferida voltou a ser reforçada. Os resultados mostraram que após a introdução do reforçamento para a tarefa não-preferida, de imediato, sete das oito pacientes passaram a realizar essa tarefa. A oitava paciente escolheu a tarefa não-preferida alguns dias depois. Com a introdução da terceira fase, todas as pacientes, de imediato, retornaram à tarefa preferida. Esse experimento foi uma forte evidência das propriedades reforçadoras das fichas.

Em 1970, QUEIROZ aplicou o sistema de economia de fichas em um hospital da cidade de Itapira, Estado de São Paulo, com um grupo de 52 pacientes, todos de sexo masculino, diagnosticados como esquizofrênicos crônicos (QUEIROZ, p. 59-83). Os comportamentos selecionados que foram reforçados com fichas eram: a) cuidados pessoais (higiene matinal, fazer barba); b) trabalhar (tecer tapetes, lixar madeiras, etc.); c) educação física; d) assistir televisão. As fichas eram trocadas por cigarros, doces, passeios na cidade, etc. Os resultados acusaram sensíveis modificações no comportamento dos pacientes. O número médio de pacientes deitados no leito, entre 8 e 11 hs. e 14 e 16 hs., era de dezessete no período de linha de base, caindo para dois após a introdução das fichas contingentes ao comportamento de trabalhar. A percentagem mé

dia de pacientes trabalhando cresceu de 47% a 75%, do primeiro ao décimo mês. O número médio de pacientes assistindo TV, entre 19 e 21 horas, cresceu de três, no período da linha de base, para dezessete e meio na 16ª semana, caindo para dez e meio na 33ª semana.

Comentários: a grande vantagem do sistema de economia de fichas é a possibilidade de modificar comportamentos de vários pacientes simultaneamente. Pelo menos em instituições, seus resultados têm sido animadores. Há, porém, uma série de inconvenientes e limitações em relação a essa técnica. A generalização de seus efeitos para fora do ambiente hospitalar tem sido mínima, havendo necessidade de estudos empíricos nessa área. Talvez um desses estudos deva considerar a importância de reforçadores sociais que de certo modo são relegados a segundo plano no emprego da técnica. Também comportamentos complexos como, o comportamento verbal, não estão sendo considerados. Outro inconveniente é a possibilidade de que o sistema de economia de fichas venha sendo usado mais como método de controle do que como método de modificação de comportamento, e isso, explicaria até certo ponto sua rápida difusão em hospitais psiquiátricos americanos. Implicações éticas já estão sendo seriamente consideradas.

#### 4.2.3 - Uma tentativa de organização das técnicas comportamentais em relação aos comportamentos rotulados de esquizofrênicos

Apresentamos no item anterior exemplos de comportamentos ditos esquizofrênicos modificados pelas principais

técnicas comportamentais. No entanto, algumas considerações se fazem necessárias sobre o uso dessas técnicas. Primeiramente, devemos dizer que as técnicas citadas não são específicas dos comportamentos inadequados tratados. Elas podem ser empregadas em problemas comportamentais diversos e, inclusive, podem ser usadas em combinação. É claro que algumas técnicas se adequam, talvez, mais a determinados problemas do que a outros. Como exemplo, poderíamos citar a técnica de modelagem que tem se revelado eficiente quando o problema é baixa frequência ou ausência de verbalizações. Mas mesmo essa técnica não é específica de tal problema. Já a técnica de economia de fichas é empregada para modificar vários comportamentos de vários pacientes simultaneamente, não sendo específica para um dado comportamento.

Sem nenhuma pretensão em chegar a uma classificação, nós podemos organizar as técnicas da terapia do comportamento de acordo com os comportamentos rotulados de esquizofrêncios citados no item 3.3.1. Esta nossa tentativa é, sem dúvida, arbitrária, mas achamos que poderá dar uma visão sinóptica de quais técnicas podem ser empregadas para modificar os comportamentos ditos esquizofrêncios. Abaixo apresentamos esta nossa tentativa:

1) Comportamentos Verbais

a. Verbalizações bizarras

- punição
- auto-regulação
- dessensibilização sistemática
- reforçamento diferencial de respostas incompatíveis
- saciação
- extinção

- b. Baixa frequência ou ausência de verbalizações
  - modelagem
  - modelação
  - treino afirmativo
  - dessensibilização sistemática
- 2) Isolamento Social
  - modelação
  - modelagem
  - dessensibilização sistemática
  - treino afirmativo
  - reforçamento diferencial
- 3) Comportamentos Emocionais
  - treino afirmativo
  - dessensibilização sistemática
  - reforçamento diferencial
  - punição
- 4) Outros Comportamentos
  - sistema de economia de fichas
  - punição
  - saciação
  - reforçamento diferencial
  - modelagem, etc.

Como vimos acima, várias técnicas foram colocadas em mais de um problema comportamental. Na terapia do comportamento, o emprego das técnicas depende das condições de cada caso. É a análise exaustiva de cada caso individual que irá determinar qual ou quais

técnicas serão empregadas. Também a preferência do terapeuta pode influenciar no uso de uma determinada técnica. Muitas vezes, também, o terapeuta tem de adaptar uma ou mais técnicas às circunstâncias do caso individual; o terapeuta tem de ser um sujeito "inventivo".

Concluindo, podemos enfatizar mais uma vez que não existem técnicas da terapia do comportamento específicas para esse ou aquele problema comportamental. Cada caso é sempre diferente de outro. É análise funcional do caso particular que irá indicar qual a técnica mais adequada para ser empregada. Por essa razão, torna-se difícil qualquer tentativa de classificar essas técnicas segundo os problemas do comportamento. A organização anteriormente apresentada é passível de modificações.

#### 4.2.4 - Comentários finais sobre as técnicas comportamentais

Os experimentos que anteriormente apresentamos, tiveram a finalidade de mostrar que as técnicas de modificação do comportamento estão cada vez mais sendo empregadas para abordar todo o conjunto de comportamentos denominados esquizofrênicos. Com essas técnicas, originárias de achados experimentais, vários resultados satisfatórios têm sido obtidos; outros resultados ficam a desejar, particularmente, no que concerne à generaliz

zação dos efeitos de determinadas técnicas e também pelo aparecimento de novos comportamentos desviantes. Esses são problemas de natureza empírica e já foram discutidos anteriormente.

Até pouco tempo as técnicas vinham sendo aplicadas para modificar principalmente, comportamentos rotulados como crônicos. Como sabemos, o ambiente hospitalar desenvolve e mantém comportamentos que são característicos do processo de institucionalização. Uma análise funcional dos comportamentos ditos agudos talvez contribuisse para melhor compreender como se desenvolvem os comportamentos ditos esquizofrênicos antes de receberem a influência maciça do ambiente hospitalar.

Os comportamentos esquizofrênicos são de extrema complexidade. Em geral, as pessoas apresentam vários desses comportamentos simultaneamente. Muitas técnicas abordam problemas específicos e deixam de considerar outros. Provavelmente, o uso combinado de diferentes técnicas, como vimos em alguns experimentos, deva ser considerado mais frequentemente e isso, talvez, contribua para uma melhora dos resultados, evitando generalizações pobres ou aparecimento de novos comportamentos desviantes.

Há possibilidade dessas técnicas virem a ser aplicadas difusamente no Brasil? Sim, mas há algumas limitações que devem ser consideradas. Muitas dessas técnicas exigem registros minuciosos do comportamento em qualquer situação, pagamento de multas ao terapeuta, controle aversivo, fichas como reforços do comportamento, etc. Essas exigências, em geral, não seriam aceitas pela maior parte das pessoas no Brasil. Essas exigências se adaptam muito bem ao pragmatismo americano, mas provavelmente não se adaptariam às condições -

sócio-culturais brasileiras. Muitas dessas técnicas teriam - que ser adaptadas a nossa própria realidade. Somente futuras aplicações poderão nos dizer.

Essas técnicas, em geral, exigem uma atenção individualizada constante por parte da equipe psiquiátrica. Há necessidade de se manter contatos frequentes com os sujeitos. Isso, em termos de ambiente hospitalar, exigiria um maior número de técnicos, encarecendo o custo dos programas de tratamento. Em relação ao atendimento extra-hospitalar, em nível de consultório, somente uma faixa muito pequena da nossa população teria condições de submeter a um programa de tratamento que exigisse contatos frequentes com o terapeuta. Essas limitações de ordem econômica, talvez fossem minimizadas, se muitas dessas técnicas fossem adaptadas para aplicação em nível grupal ou, então, que se adaptem procedimentos de autoinstrução e auto-reforçamento, permitindo que os próprios sujeitos controlem e avaliem seus comportamentos mais frequentemente.

Outra limitação diz respeito ao aspecto técnico-científico da equipe psiquiátrica. A formação psiquiátrica no Brasil está fundamentalmente centralizada no modelo médico. A massificação do atendimento médico em nosso país, provavelmente, deve ter contribuído para isso. A psiquiatria tem sido mais uma especialidade estritamente médica do que médico-social como realmente deveria ser. O que ocorre é que as influências que o meio social exerce sobre o desenvolvimento dos comportamentos desviantes não estão recebendo a devida atenção. Nós estamos mais preocupados com as "causas" médicas do que com as "causas" sociais. Isso seria um motivo de resistência à aplicação das técnicas de modificação do comportamento em nosso meio. Técnicas essas que exigem um pessoal es

pecializado em procedimentos que são inteiramente diferentes dos procedimentos psiquiátricos tradicionais (drogas, choque, etc). Ora, isso se agrava quando sabemos que os atendentes - de enfermagem psiquiátrica são, em geral, pessoas despreparadas, sem nenhum curso especializado, de nível cultural baixo que se adaptam mais aos métodos coercitivos da psiquiatria tradicional. As tentativas de modificar essa situação pela introdução de métodos mais modernos de tratamento (terapia ocupacional, terapia de grupo, familiar, etc.) que exigem - treinamento adicional e uma atuação mais efetiva da equipe tanto no hospital como fora dele, têm encontrado sempre grandes resistências.

Outra limitação refere-se ao poderoso controle burocrático que é exercido sobre o serviço de assistência médica no Brasil. As decisões que afetam a assistência médica estão extremamente centralizadas. A maior parte dos psiquiatras brasileiros exercem suas funções no INPS e nos hospitais que mantêm convênio com esse instituto; isso, ao nosso ver, vem reduzindo cada vez mais a autonomia desses profissionais. Em última instância, eles têm de sujeitar-se às exigências que regem a assistência médica, como, por exemplo, um psiquiatra atender em ambulatório quatorze pessoas em apenas quatro horas de trabalho. Nos hospitais, o número de técnicos em relação ao número de pacientes é muito pequeno, sobrecarregando a equipe psiquiátrica. Esses problemas impõem sérios obstáculos a uma aplicação efetiva das técnicas de modificação do comportamento em nosso país.



## 5. CONCLUSÃO

Nesse nosso trabalho, procuramos mostrar que o modelo de aprendizagem social pode servir como explicação al-ternativa dos comportamentos desviantes, substituindo o modelo médico.

O modelo médico da doença mental, análogo ao da do-ença física, tem se revelado inadequado na explicação e modi-ficação dos comportamentos desviantes. Esses são a única evi-dência de uma "doença mental subjacente". Não existem outros critérios independentes. Por isso a explicação da "doença men-tal" tendo por base os comportamentos desviantes é circular. O diagnóstico psiquiátrico da maior parte das "doenças men-tais", particularmente, a "esquizofrenia" é feito unicamente a partir de dados psicopatológicos. São, muitas vezes, dados de valor; a importância de um dado pode não ser considerada por outro psiquiatra e, isso, leva muitas vezes a diagnósticos diferentes. O diagnóstico psiquiátrico é inconsistente, sen-do de pouca relevância para a etiologia, conduta de tratamen-to adequado e prognóstico de um "distúrbio mental". O diagnós-tico psiquiátrico tem sido uma forma de rotular as pessoas com desvios de comportamento. Diz pouca coisa sobre a pessoa e sobre o contexto sócio-cultural em que vive. O tratamento é sintomático, geralmente, medicamentoso e hospitalar, con-tribuindo para agravar os distúrbios de comportamento.

O modelo de aprendizagem social considera todos os comportamentos como aprendidos indistintamente. A reação da sociedade é que determina se um comportamento é desviante ou não. Não há lugar dentro do modelo de aprendizagem social pa-ra o conceito de "doença mental". Somente uma análise funcio-nal das variáveis relevantes que controlam o comportamen-

to poderá explicar como o comportamento se desenvolveu e se mantém. Isso possibilitará modificá-lo.

Vimos que os comportamentos ditos esquizofrênicos são aprendidos (modelo de aprendizagem social) ou são considerados sintomas de uma "doença mental subjacente". Os pesquisadores médicos afirmam que a "esquizofrenia" é uma psicose endógena cuja base somática ainda não foi constatada, mas isso, dizem, é questão de tempo. Pesquisas revelam que fatores genéticos ou metabólicos poderão estar relacionados ao aparecimento dos sintomas típicos. São apenas hipóteses cuja comprovação empírica ainda não foi possível determinar. A realidade é que para a psiquiatria o desenvolvimento da "esquizofrenia" permanece desconhecido, pois os dados disponíveis são extremamente pobres.

A explicação do desenvolvimento dos comportamentos ditos esquizofrênicos dentro da "teoria" de aprendizagem social tem se revelado mais adequada do que a explicação médica? Talvez um pouco mais, unicamente pelo fato de que os dados de que dispõe essa "teoria" são decorrentes de verificações empiricamente constatáveis. A realidade também é que o desenvolvimento desses comportamentos desviantes para a "teoria" de aprendizagem social está no campo de uma extrapolação teórica que é decorrente de poucos dados disponíveis.

Mas, devem os comportamentos ditos esquizofrênicos ser considerados sintomas de uma "esquizofrenia subjacente" ou devem ser considerados simplesmente comportamentos desviantes aprendidos? Se um dia chegarmos a constatar que esses comportamentos são determinados basicamente por fatores orgânicos cerebrais, estaremos diante de uma doença orgânica cerebral que deverá ser tratada por procedimentos médicos, co

mo, hoje, fazem os neurologistas. Porém, enquanto não atingirmos esse dia "o melhor será errarmos por rotular de menos do que por excesso de diagnósticos de enfermidades cerebrais. Em outras palavras, a presunção deve ser que as pessoas não tenham enfermidades cerebrais, até prova em contrário" (TORREY, p. 151). Assim, não teríamos razão para justificar a intervenção médica a pessoas que apresentam desvios do comportamento, outorgando-nos o direito de gerir suas vidas.

Os comportamentos "esquizofrênicos" existem; eles são uma realidade cultural. Já que admitimos que o modelo de aprendizagem social poderá servir como explicação alternativa dos comportamentos denominados esquizofrênicos, que linha de conduta deveremos adotar, no presente, ao abordarmos esses comportamentos tendo por base a "teoria" de aprendizagem social? A nossa sugestão é que para melhor compreendermos o desenvolvimento desses comportamentos desviantes, voltemos a nossa atenção para os chamados "casos agudos". São os "casos" de pessoas internas há menos de três meses nos hospitais e, principalmente, de pessoas que estão sendo submetidas a tratamento em nível ambulatorial sem terem passado pelo internamento. A coleta de dados, ainda em nível ambulatorial, feita sob os pressupostos da "teoria" de aprendizagem social, seria, sem dúvida, de grande valia, para uma melhor compreensão dos comportamentos cognominados de esquizofrênicos. Estaríamos lidando com os "casos puros", isto é, os "casos" que não passaram pelo processo de institucionalização. Os comportamentos observados e analisados nos "casos agudos" seriam comportamentos que realmente se desenvolveram fora do ambiente hospitalar. Essa análise, em nível ambulatorial, nos ajudaria a compreender o desenvolvimento dos comportamentos "esquizofrênicos" no próprio meio social. A análise dos "casos

crônicos" dificilmente nos permitiria isso, pois, como sabemos, o ambiente hospitalar ajuda a desenvolver comportamentos que são característicos basicamente desse ambiente particular.

Os modificadores do comportamento dispõe de um número variado de técnicas. Algumas são empregadas mais para determinados problemas do que para outros. Muitas vezes são usadas em combinação. A escolha da técnica dependerá, sem dúvida, do caso particular e das preferências do modificador. A insuficiência de dados para se chegar a uma análise funcional adequada do comportamento leva o modificador do comportamento a arriscar a aplicação de determinadas técnicas aos casos particulares com que se defronta, sem ter condições de prever se modificará ou não um dado comportamento. Essa aplicação se faz de acordo com os poucos princípios científicos conhecidos e também de acordo as especulações teóricas do próprio modificador. Em outras palavras, enquanto não chegarmos a uma análise funcional adequada do comportamento, o cientista do comportamento terá de ser muitas vezes um sujeito "inventivo".

Os terapeutas do comportamento não dispõem, no momento, de métodos científicos rigorosos a fim de poderem avaliar e comparar as diferentes técnicas. Os poucos princípios científicos do comportamento conduziram a uma grande variedade de técnicas que em pouco tempo passaram a ser largamente aplicadas ao comportamento humano. Muitas dessas técnicas - ainda estão sendo aplicadas em caráter experimental, levantando questões teóricas e empíricas que somente futuras pesquisas rigorosamente controladas poderão responder. Duas dessas questões foram levantadas no nosso trabalho e estão ne

cessitando de verificações empíricas urgentes: a generalização e a "substituição de sintomas". Quanto mais pesquisas forem realizadas com o comportamento, particularmente os desviantes, mais perguntas serão levantadas, muitas respostas serão encontradas, contribuindo para alargar o campo dos princípios que regem o comportamento, extendendo o poder explanatório da "teoria" de aprendizagem social.

O que nós podemos concluir de tudo isso é que não existe uma teoria geral do comportamento que seja empiricamente demonstrável. Existem alguns princípios já determinados, particularmente na área de aprendizagem, que nos ajudam a explicar basicamente os comportamentos manifestos. Desses princípios foram extraídas várias técnicas que estão sendo aplicadas ainda em caráter experimental, em sua maioria, aos problemas do comportamento.

Mas, enquanto não dispusermos de uma teoria geral explicativa do comportamento, empiricamente demonstrável, qual será a nossa conduta mais efetiva diante do comportamento desviante? O que temos de certeza é que os comportamentos se desenvolvem e se mantêm no meio social. No momento, a nossa única possibilidade é compreender os comportamentos no ambiente social, procurando estabelecer relações funcionais entre eles e as variáveis independentes que os controlam. Muito ainda há de ser feito nesse aspecto. O que não devemos fazer é supor, sem dados concretos, que os comportamentos desviantes sejam determinados por alterações orgânicas ou disfunções psicológicas e distribuir rótulos diagnósticos que contribuem para pouca coisa. Se optamos pela abordagem comportamental - como explicação alternativa dos comportamentos desviantes em relação ao modelo médico, é porque admitimos que ela é a ú

ca que procura estabelecer relações funcionais entre o comportamento e as variáveis independentes através de experimentos controlados tão rigorosamente quanto possível. Se optamos pela abordagem comportamental, é porque admitimos que o ambiente, com as suas várias influências, tais como, econômicas, políticas, religiosas, educacionais e mesológicas, têm um papel de destaque para se chegar a uma análise funcional dos comportamentos, particularmente, os desviantes.

N O T A S

- 1- "A psicologia, como o behaviorista a vê, é um ramo puramente experimental e objetivo da ciência natural. Seu objetivo teórico é a predição e controle do comportamento. A introspecção não constitui parte essencial de seus métodos".
- 2- "... qualquer processo diagnóstico que conduza tão prontamente, a erros em massa dessa natureza, não pode merecer confiança".
- 3- "... tanto os terapeutas do condicionamento operante como os do clássico, geralmente concordam quanto ao fato do comportamento mal adaptado ter sido aprendido."
- 4- "O principal argumento deste livro é que o comportamento anormal não é diferente do comportamento normal, em desenvolvimento, manutenção ou no modo como pode ser modificado".
- 5- "A diferença entre comportamento normal e anormal não é intrínseca; certamente, prende-se à reação da sociedade!"
- 6- "O modelo operante considera o comportamento problemático como resultado dos mesmos processos funcionais que afetam todos os comportamentos, sendo que a história de reforçamento (e as influências fisiológicas, anatômicas e outras influências nessa história) é encarada como o agente etiológico primário. A ênfase está nos sintomas, e não nos processos mediadores internos. Uma vez que - qualquer comportamento pode resultar de muitas intera-

ções possíveis na história de reforçamento de um indivíduo, é difícil de se obter evidência de que os sintomas foram formados desta forma".

- 7- " isto permite intervenção, literalmente, em qualquer área da atividade humana. Tal intervenção pode ser justificada se a doença mental realmente existisse na natureza, como entidade, do mesmo modo que átomos e bactérias existem factualmente e distintos de qualquer avaliação social".
- 8- " um ato social e, como qualquer outro ato social, desenvolve-se e mantém-se por contingências de reforço".
- 9- "A definição de sintoma, de acordo como a palavra tem sido usada na literatura, reflete uma mistura grosseira de observação, inferência e estipulação arbitrária".
- 10- "O problema, ao contrário, é se certas variáveis adicionais (que podem ou não ser manipuladas por algumas terapias) devem também ser manipuladas, a fim de que a formação de novo comportamento inadequado seja um evento menos provável do que se essas variáveis não fossem manipuladas".
- 11- "Há outras explicações mais adequadas dos comportamentos desajustados que seguem o tratamento do que a substituição de sintomas".



- 12 - "Porém é duvidoso que se possa adquirir muitas das respostas que emitem quase todos os membros de nossa soci<sup>o</sup>iedade, se o adestramento social procedesse só por aproximações sucessivas".
- 13 - "Na realidade, como mais rapidamente se adquirem as patas de conduta social, é mediante a influência combinada dos modelos e do reforço diferencial".
- 14 - "se uma dada resposta, que se sabe ter sido produzida desta forma, é encarada como um sintoma neurótico ou psicótico depende da extensão da tolerância para desvios que apresenta o meio cultural do paciente".
- 15 - "Ao observar as condutas dos demais e as consequências de suas respostas, o observador pode aprender respostas novas ou variar as características das hierarquias de respostas prévias, sem executar por si mesmo nenhuma resposta manifesta nem receber nenhum reforço direto".
- 16 - "... o treinamento da pessoa para avaliar seu próprio desempenho, permitindo que as coisas que ela diz de si própria fiquem sob seu próprio controle".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. G. e SELESNICK, S.H. História da psiquiatria. São Paulo, Ibrasa, 1968.
- ALJUMBAUGH, R. V. Use of behavior modification techniques toward reduction of hallucinatory behavior: a case study. Psychological Record, 1971, 21, 415-417.
- AYLON, T. e AZRIN, N. H. O emprego de fichas-vale em hospitais psiquiátricos. São Paulo, E.P.U., 1974.
- BAKER, R. Behavioural techniques in the treatment of schizophrenia. In A. Forrest and J. Affleck (Ed.), New perspectives in schizophrenia. London, Churchill Livingstone, 1975.
- BANDURA, A. Principles of behavior modification. New York, Holt, 1969 (a).
- BANDURA, A. y WALTERS, R. H. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid, Alianza, 1974 (b).
- BLOOMFIELD, H. H. Assertive training in an out patient group of chronic schizophrenics: A preliminary report Behavior Therapy, 1973, 4, 277-281.
- BRAGINSKY, B. M., BRAGINSKY, D. D. and RING, K. Methods of madness: The mental hospital as a last resort. New York, Holt, 1969.

- BUCHER, B. and FABRICATORE, J. Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. Behavior Therapy, 1970, 1, 382-385.
- CAHOON, D. D. Symptom substitution and the behavior therapies: A reappraisal. Psychological Bulletin, 1968, 69, 149-156.
- CAYNER, J. J. and KILLAND, J. R. Use of brief time out with three schizophrenic patients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1974, 5, 141-145.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, C. Tratado de psiquiatria. Barcelona, Toray-Masson, 1966.
- FERSTER, C. B. Classificação da patologia do comportamento. Em L. Krasner e L. P. Ullmann (Org.), Pesquisas sobre modificação de comportamento. São Paulo, Herder/USP, 1972.
- GEISER, R. L. Modificação do comportamento e sociedade controlada. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- HEATHER, N. Perspectivas radicais em psicologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- KANFER, F. H. and PHILLIPS, J. S. Learning foundations of behavior therapy. New York, Wiley, 1970.

- KANFER, F. H. and SASLOW, G. Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), Behavioral Therapy: Appraisal and status. New York, Mcgraw-Hill, 1969.
- LUNDIN, R. W. Personalidade: uma análise do comportamento. São Paulo, Herder, 1972.
- MAYER-GROSS, W., SLATER, E. e ROTH, M. Psiquiatria clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1972.
- MEICHEBAUM, D. and CAMERON, R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. Behavior Therapy, 1973, 4, 515-534.
- MOSER, A. J. Covert punishment of hallucinatory behavior in a psychotic male. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1974, 5, 297-299.
- NYDEGGER, R. W. The elimination of hallucinatory and delusional behavior by verbal conditioning and assertive training: A case study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1972, 3, 225-227.
- QUEIROZ, L. O. S. Modificação de comportamento numa ala hospitalar de pacientes psiquiátricos crônicos utilizando sistema de economia de fichas - Controle das respostas de higiene matinal através de instruções orais e esmaecimento (Tese de doutoramento). São Paulo, USP, 1973.


- ROSENHAM, D. L. On being sane in insane places. Science, 1973, 179, 250-258.
- SCHNEIDER, K. Psicopatologia clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1968.
- SCOTT, W. A. Research definitions of mental health and mental illness. In H. Wechsler, L. Solomon and Kramer, Social psychology and mental health. New York, Holt, 1970.
- SHERMAN, J. A. Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behavior in mute psychotics. Journal of Abnormal Psychology, 1965, 70 (3), 155-164.
- SKINNER, B. F. Ciência e comportamento humano. Brasília, Ed. UnB, 1970.
- SLADE, P. D. The psychological investigation and treatment of auditory hallucinations: A second case report. British Journal of Medical Psychology, 1973, 46, 293-296.
- TORREY, E. F. A morte da psiquiatria. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- ULLMANN, L. P. and KRASNER, L. (Ed.). Case studies in behavior modification. New York, Holt, 1965 (a).

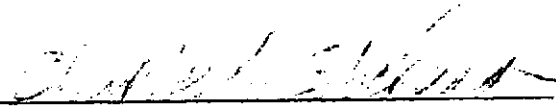
- ULLMANN, L. P. and KRASNER, L. A psychological approach to abnormal behavior. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice, Holt, 1969, 1975. (b).
  
- VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. Em G. Velho (Org.), Desvio e divergência: uma crítica da patologia social Rio de Janeiro, Zahar, 1974.
  
- WATSON, J. B. Psychology as the behaviorist views it. Psychological Review, 1913, 20, 158-177.
  
- WATSON, J. B. and RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. In R. Ulrich, T. Stachnik and J. Mabry, Control of human behavior. Vol. 1. Glenview, Scott, 1966.
  
- WOLPE, J. Prática da terapia comportamental. São Paulo, Brasiliense, 1976.
  
- YATES, A. J. Symptoms and symptom substitution. Psychological Review, 1958, 65, 371-374. (a).
  
- YATES, A. J. Behavior Therapy. New York, Wiley, 1970(b).


LEITURAS ADICIONAIS

- KAZDIN, A. E. and BOOTZIN, R.R. The token economy: An evaluative review. Journal of Applied Behavior Analysis, 1972, 5, 343-372.
- KELLER, F. S. e SCHOENFELD, W. N. Princípios de psicologia. São Paulo, Herder, 1971.
- LAING, R.D. A política da experiência e a ave-do-paráiso - Petrópolis, Vozes, 1974.
- LAZARUS, A.A. Behavior therapy and beyond. New York , McGraw-Hill, 1971.
- MARX, M.H. e HILLIX, W.A. Sistemas e teorias em psicologia. São Paulo, Cultrix, 1976.
- SKINNER, B. F. Sobre el conductismo. Barcelona, Fontanella, 1975.
- SZASZ, T. S. The myth of mental illness. In K. Wechsler L. Solomon, B. Kramer, Social psychology and mental health. New York, Holt, 1970.
- UCHÔA, D. M. Conceito de psiquiatria. Rio de Janeiro , Imago, 1973.
- WATSON, J.B. El conductismo. La batalla del conductismo Buenos Aires, Paidós, 1955.


Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Bernard Pimentel Range  
(orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Charles Alfred Esberard

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Silvia Duncan

Visto e permitida a impressão  
Rio de Janeiro 14/02/79.

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Vera Maria Ferrão Candau  
Coordenadora dos Programas de Pós-  
Graduação do Centro de Teologia e  
Ciências Humanas.