

A “TERAPIA COMPORTAMENTAL” É BEHAVIORISTA? (Uma análise dos métodos psicoterapêuticos de Wolpe)

EDWIN A. LOCKE^{1, 2}
Universidade de Maryland

O termo “terapia comportamental” foi criado por Skinner e Lindsley (1954)³ para descrever uma abordagem à psicoterapia baseada na teoria da aprendizagem behaviorista. O termo, desde então, foi amplamente divulgado por Eysenck (1960, 1964) e agora é usado para descrever uma variedade de técnicas, as quais são (assim se afirma) baseadas em princípios behavioristas.

Note que o termo foi criado ligado ao modelo operante; no entanto, nem Eysenck (que desenvolveu seu trabalho na Grã-Bretanha) e nem Wolpe (que iniciou suas atividades de pesquisa e de psicoterapia na África do Sul e, posteriormente nos EUA) são behavioristas. São ambos psiquiatras e suas ligações conceituais têm raízes na neurofisiologia e em trabalhos não operantes desenvolvidos por Pavlov, Hull, Sherrington, Jacobson. Nesses autores se baseiam as técnicas psicoterapêuticas desenvolvidas pelos dois destacados pioneiros (entre outros), tais como dessensibilização sistemática (por imagem e ao vivo), exposição a situações aversivas (*flooding*), prática negativa, treino de assertividade, relaxamento progressivo, contracondicionamento, para citar as mais conhecidas.

Falando de modo abrangente, “behaviorismo é a doutrina na qual o comportamento do homem e do animal pode ser completamente compreendido sem o uso de conceitos explicativos que se refiram a estados ou ações da consciência, literalmente, estudando tão somente comportamento observável (Locke, 1969, pp. 1000-1001).” As premissas básicas do behaviorismo são: a. *determinismo*: a doutrina que propõe que todas as ações, pensamentos, crenças etc. do homem são, em última análise, determinados por forças fora do seu controle (tipicamente, por forças do ambiente); b. *epifenomenalismo*: a doutrina que postula que estados da mente (por exemplo, ideias), se é que existem, são meros subprodutos de eventos físicos que ocorrem no corpo e/ou no mundo externo; são pontos finais em uma cadeia causal e não têm efeito nem nas ações subsequentes do indivíduo, nem em suas ideias subsequentes; c. *rejeição da introspecção* como método científico. Um pesquisador behaviorista pode solicitar às pessoas que façam “relatos verbais”, mas tais relatos não podem ser usados para fazer inferências sobre os estados ou processos mentais do sujeito⁴

¹ Locke, E. A. (1971). Is “behavior therapy” behavioristic? An analysis of Wolpe’s psychotherapeutic methods. Em *Psychological Bulletin*, 76(5), pp. 318-327.

² Texto traduzido e comentado por Hélio José Guilhardi, para uso dos alunos do Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento, em Campinas – SP. Os comentários de Guilhardi estão alinhados à direita, em fonte Calibri.

³ Skinner, B. F. & Lindsley, O. R. *Studies in Behavior Therapy, Status reports II and III.* (Contract N5 ori-7662). Washington, D.C. Office of Naval Research, 1954.

⁴ Skinner argumentou recentemente que não se pode rejeitar a priori o estudo de eventos privados (imagens, sensações etc.) pela simples razão de que são privados. Esta é uma posição que se afasta radicalmente do behaviorismo vigente; no entanto, na prática atual Skinner não usa a introspecção e considera eventos mentais como insignificantes e irrelevantes para explicar comportamento humano.

Preferi manter o texto original, pois ele ajudará nas análises que se seguirão no artigo, embora se deva alertar que o behaviorismo denominado de radical é muito mais explícito nos seus conceitos sobre comportamentos encobertos do que Locke apresenta. Os eventos encobertos são produzidos por práticas da comunidade verbal sobre seus membros. Skinner explicitou as quatro estratégias que a comunidade verbal adota para ensinar seus membros a falarem sobre eventos encobertos, num artigo de 1945 (*A Análise Operacional de Termos Psicológicos*). O mesmo tema foi retomado nos livros *Verbal Behavior* (1957) e *Ciência e Comportamento Humano* (1953). Há ainda um texto (Guilhardi, disponível em www.itcrcampinas.com.br) em que o autor sugere uma quinta estratégia. Não me alongarei sobre este trecho do artigo de Locke, pois não é o foco de interesse primeiro neste trabalho.

A validade da doutrina do behaviorismo deve ser julgada com base na extensão em que os princípios que ela adota habilitam alguém a entender o homem por conta de suas ações (e o ajudam a modificá-las). Assim, por exemplo, se um terapeuta comportamental declara que pode curar neuroses, é relevante perguntar: a. se ele pode de fato produzir a cura; b. se o faz aplicando os princípios que afirma estar aplicando e usando, bem como com os métodos [as técnicas] que diz estar empregando (isto é, princípios e métodos [técnicas] behavioristas).

O presente estudo trata especificamente com a segunda questão. O objetivo deste artigo é analisar as técnicas psicoterapêuticas de um proponente da terapia comportamental – Joseph Wolpe – do ponto de vista de avaliar se os métodos que usa são de fato behavioristas. O sistema de Wolpe foi escolhido para análise por duas razões: a. seus pressupostos teóricos e procedimentos terapêuticos estão extensamente descritos na literatura e b. seus procedimentos parecem estar entre os mais amplamente usados pelos terapeutas “comportamentais” que tratam neuroses.

[....]

A questão sobre a eficácia dos procedimentos de Wolpe é muito ampla para ser bem analisada aqui, mas pode-se ter como certo, para os propósitos do presente estudo, que Wolpe é capaz de alcançar certos resultados benéficos com certos pacientes, como, por exemplo, melhora na fobia. A questão é: como ele faz isso?

Locke define mais precisamente seu objetivo neste artigo: avaliar se os procedimentos psicoterapêuticos empregados por Wolpe são consistentes com os princípios conceituais derivados de teorias da aprendizagem e se emprega técnicas estritamente behavioristas derivadas de tais princípios. Como se verá, Locke fará uma distinção importante entre o que o terapeuta diz que faz e o que ele realmente faz.

Sistema teórico formal de Wolpe

Os conceitos teóricos mais importantes de Wolpe, tais como “reflexo condicionado”, “inibição condicionada”, “redução de drive”, “reforçamento” se basearam em behavioristas bem conhecidos, tais como Pavlov, Watson, Hull e Skinner. Wolpe via o comportamento como determinado por estimulação externa em conjunto com eventos no sistema nervoso. Ele

argumenta “que o paciente não tem... escolha em se tornar aquilo que ele é” (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 16). Wolpe afirma ainda mais:

“todo conteúdo da consciência depende de específica e, sem dúvida, complexa atividade neural. [Outros pesquisadores observaram] ... que estimulação de pontos nas superfícies lateral e superior do lobo temporal evoca imagens de experiências passadas... Quaisquer conteúdos da consciência do sujeito se dão *em paralelo e não em série* com seus correlatos neurais e constituiriam em essência a reação a estes eventos neurais” (Wolpe, 1959, p. 16).

Fica claro, a partir dessa citação, que Wolpe considera a experiência consciente como um subproduto da atividade do cérebro, ou seja, um epifenômeno. Consistente com estas premissas behavioristas, Wolpe não tenta definir neurose como tal, mas se propõe a definir *comportamento neurótico*, como:

“Qualquer hábito persistente de comportamento não adaptativo adquirido pela aprendizagem em um organismo fisiologicamente normal. Ansiedade é usualmente o componente central deste comportamento, estando invariavelmente presente nas situações causais.” (Wolpe, 1958, p.32)

Sua definição formal de ansiedade é também puramente comportamental:

“Ansiedade significa padrão ou padrões autônomos de respostas que são caracteristicamente parte das respostas do organismo à estimulação aversiva.” (Wolpe, 1958, p. 34)

“As manifestações usuais [de ansiedade] são taquicardia, aumento de pressão sanguínea e de pulsação, hiperpneia, ereção dos pelos, dilatação da pupila, sudorese palmar, secura na boca.” (Wolpe, 1958, p. 35)

De acordo com Wolpe, “respostas de ansiedade” são adquiridas através de um processo de condicionamento; por exemplo, o sujeito é ferido por um estímulo nóxi e sua “resposta de medo” subsequente àquela situação então se generaliza automaticamente para outras situações similares. Tudo isto é assegurado como ocorrendo totalmente fora do controle do próprio sujeito (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 16), embora não se apresente prova de tal asserção.

A posição formal de Wolpe sobre introspecção é um tanto obscura, mas essencialmente behaviorista por omissão. Se por um lado ele sugere que se pode usar a introspecção para detectar os efeitos autonômicos de estimulação aversiva (Wolpe, 1958, p. 34), por outro lado nada é dito sobre seu papel na identificação de estados ou processos conscientes.

Tendo exposto que o sistema teórico formal de Wolpe é consistentemente behaviorista, vamos examinar os procedimentos concretos que ele usa para tratar pacientes.

Wolpe, diferentemente de Skinner, é ambientalista e organicista. Skinner estuda a interação organismo ↔ ambiente, mas considera o organismo o *locus* (o local onde ocorre) da interação, não incluindo em sua análise o funcionamento neurofisiológico do organismo enquanto a interação se dá. Se os mecanismos neurofisiológicos são construtos (tais como drive, inibição, excitação), Skinner os descarta de seu interesse por serem invenções explicativas e não causas descobertas. Se, por outro lado, os mecanismos neurofisiológicos são identificados e descritos, seu estudo e

as manipulações a que podem ser expostos não são objeto de estudo do Analista do Comportamento; pertencem à área do neurologista, do fisiologista etc., com quem o Analista do Comportamento pode trabalhar em cooperação, cabendo a cada um autonomia de estudo e intervenção dentro do respectivo campo de interesse. O viés médico de Wolpe se evidencia na maneira como ele define ansiedade, por exemplo. O Analista do Comportamento não coloca o foco de interesse nas respostas autonômicas (listadas por Wolpe acima), pois são *respostas* do organismo. O foco do Analista do Comportamento se concentra nas mudanças ambientais que eliciam respostas neurovegetativas e evocam respostas operantes e estuda a interação de tais influências ambientais com as respostas operantes e respondentes expressas. Estuda, enfim, as contingências de reforçamento. A noção de interação escapa a Wolpe, como influências recíprocas do ambiente sobre o organismo e do organismo sobre o ambiente. Tanto que Wolpe se restringe ao conceito pavloviano de “reflexo condicionado” e não avança para o conceito skinneriano de interação $O \leftrightarrow A$ e inclui, adicionalmente, explicações organicistas para o comportamento (“redução de drive” de Hull, “inibição recíproca” de Sherrington, “associação de estímulos” de Pavlov). Atualmente fica claro que são duas propostas terapêuticas que têm pouco em comum conceitual e tecnicamente. À época, porém, se aproximavam sob o rótulo da aprendizagem e como movimento que se apresentava como posição alternativa às terapias psicodinâmicas, mentalistas, hegemônicas no campo da psicoterapia.

Métodos⁵ Psicoterapêuticos de Wolpe

Esta seção é dividida em duas partes maiores, correspondendo cada uma delas a dois aspectos da psicoterapia: diagnóstico e tratamento⁶.

Diagnóstico

A julgar pela definição formal de neurose adotada por Wolpe, era de se esperar que ele tentasse medir as “respostas comportamentais” neuróticas do paciente diante de diferentes situações, a fim de descobrir seu problema ou problemas. Surpreendentemente, no entanto, o que se viu foi que os dados usados para diagnóstico derivavam de uma fonte bastante diferente. Pedia-se para o paciente introspeccionar e relatar seus estados de sentimentos negativos (isto é, suas reações emocionais). Por exemplo, o paciente era solicitado a responder ao questionário Willoughby (Wolpe, 1958, p. 108), que lhe pede para indicar a frequência com que se sente “assustado”, ou “preocupado”; se ele se sente facilmente “ferido” ou “desencorajado”; se ele se sente “inferior” ou “solitário”; se ele tem dificuldade de “tomar decisões”. Além disso, solicitava-se ao paciente que preenchesse um “inventário de medos”, no qual é solicitado a indicar que tipos de “coisas ou experiências ... causam medo ou outros sentimentos desagradáveis” (Wolpe e Lazarus, 1968, pp. 172-176).

⁵ Na época em que o artigo de Locke foi escrito, o termo método era usado em lugar de técnicas. Na área operante, porém, método se referia a procedimentos de controle experimental (reversão, linha de base múltipla etc.); procedimentos eram as técnicas usadas nos estudos experimentais. Mais tarde os procedimentos terapêuticos passaram a ser denominados de técnicas.

⁶ Na TCR, diagnóstico e tratamento não são duas atividades independentes, que acontecem em sucessão. O terapeuta o tempo todo avalia e interfere, e os dois aspectos se tornam um processo único, dinâmico, no qual se influenciam reciprocamente.

As informações obtidas a partir destes questionários são suplementadas com dados da história de vida, tarefas para serem feitas em casa, respostas a entrevistas, visando a revelar o *conteúdo* dos sentimentos e emoções desagradáveis do paciente (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 24). Não se deve assumir a partir disto que Wolpe usa tão somente os “relatos verbais” dos sujeitos como um atalho para medir suas respostas fisiológicas. Wolpe *não* pede ao seu cliente (até este momento) que lhe diga quão tensos sente seus músculos, ou se suas mãos estão suadas, ou se sua boca está seca; ele lhe pergunta se está se sentindo “ansioso” ou “perturbado” ou “agitado” ou “preocupado. Ele está claramente interessado no aspecto consciente, experiencial, de suas emoções. Este procedimento é uma admissão implícita de que emoções consistem em algo mais do que respostas corporais. Mesmo que as reações fisiológicas do paciente (seja como forem medidas) deem uma indicação clara do tipo de *emoção* sentida (por exemplo, ansiedade, raiva ou culpa), elas não revelam o *conteúdo* (objetos) de suas emoções, isto é, aquelas situações e ocorrências que despertaram as emoções. Ao invés de trazer cada simples objeto de sua existência para o consultório do terapeuta e medir a resposta fisiológica do paciente, o único modo de determinar as reações emocionais características do paciente às coisas é perguntar-lhe. Para responder acuradamente, o paciente precisa usar a introspecção e a memória; ambas as ações requerem a operação da consciência.

Usualmente, o paciente é solicitado a indicar a *quantidade* relativa de ansiedade que experiencia em diferentes situações ou em resposta a diferentes objetos ou pessoas, usando *escalas subjetivas de ansiedade* (SUD scale; Wolpe e Lazarus, 1968, p. 73). Ocasionalmente, o sujeito é solicitado a avaliar o grau de *expectativa* das reações emocionais que teria em situações que ele na verdade ainda não havia experienciado. Para fazer isso, pedia-se a ele que se *imaginasse* nas situações hipotéticas e então *imaginasse* (por inferência) sua reação a elas. Expectativa e imaginação são também ações da consciência.

Não se deve assumir que Wolpe está interessado simplesmente no “relato verbal” do paciente como um fim em si mesmo. Ele menciona que, ao aplicar o questionário Willoughby, o terapeuta deve discutir com o paciente as “implicações” de cada questão, antes de anotar o escore da resposta (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 26). A razão para isto é obviamente que o terapeuta quer conhecer o *significado* da resposta do paciente; ele quer se certificar de que o paciente *entende* o que a questão significa, antes de registrar a resposta. Wolpe relata um problema que teve ao tratar um paciente que não havia considerado a ansiedade, que havia sentido enquanto imaginava uma certa situação, como “digna de ser relatada” (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 71). A terapia não podia continuar com sucesso até que o paciente revelasse os seus sentimentos presentes. O que o paciente diz é usado como um *meio* para um fim, sendo o fim a identificação do conteúdo e da intensidade de suas reações emocionais negativas.

Fica claro pelo que se apresentou que os métodos de diagnóstico de Wolpe dependem completamente da introspecção do paciente (e possivelmente de sua imaginação) e da explicitação do conteúdo atual (ou esperado) e da intensidade de seus estados de sentimentos internos (emoções). Tais procedimentos muito dificilmente poderiam ser chamados de behavioristas, diante do fato de que *todos* eles fazem parte das experiências da consciência do paciente.

Além do mais, a premissa implícita por trás do procedimento de Wolpe de solicitar ao paciente que revele suas respostas emocionais é que estas reações emocionais *são* o problema do paciente. Assume-se, assim, que elas são a *causa* de seu “comportamento desadaptativo”;

por exemplo, sua esquivas, na vida real, de situações que não acarretam necessariamente uma ameaça objetiva. Como será demonstrado abaixo, o objetivo da terapia é modificar sentimentos (e crenças associadas), a fim de que as ações do paciente mudem.

Diferentemente de Skinner que busca os determinantes do comportamento verbal, Wolpe lida com o comportamento verbal em si, sem se preocupar com as contingências de reforçamento das quais ele é função. Wolpe, numa linguagem skinneriana, evoca, através dos instrumentos de avaliação (questionários, escalas, perguntas etc.), tatos verbais sobre sentimentos do paciente, sem levar em conta as consequências que as reações do terapeuta têm sobre as verbalizações do paciente. Ou seja, tatos distorcidos são misturados com tatos puros. Ainda mais, não são tatos verbais sobre eventos necessariamente vivenciados pelo cliente, uma vez que ele é solicitado a imaginar como se sentiria se... As questões propostas para o cliente responder são, em geral, muito abrangentes e os SDs sob os quais a resposta verbal deveria ser emitida não são precisos, logo, a resposta... Assim, por exemplo, “Você reclamaria com o garçom se a comida que ele lhe serviu não estivesse de acordo com o que você esperava?” não leva em conta fatores que influenciam na resposta do paciente: qual a qualidade da relação dele com o garçom? O paciente costuma comer em restaurantes? Qual sua história de reforçamento em relação a dizer honestamente o que pensa? Como ele se sentiria se dissesse para o garçom que a comida não estava do seu gosto: culpado? aliviado? orgulhoso de si mesmo? etc. Adicionalmente, as questões informam, mesmo que de forma sutil, o que se espera que o cliente responda, o que pode induzir a respostas que influenciam os comportamentos do terapeuta (o cliente pode querer agradá-lo ou preocupá-lo com a “gravidade” das queixas; pode querer se mostrar “poderoso”, bem sucedido etc., camuflando suas incertezas, medos, fraquezas etc., ou se comportando para mostrar uma imagem de fraco, necessitado de proteção etc.

Essencialmente, os procedimentos de diagnóstico de Wolpe se omitem de pesquisar sistematicamente as contingências de reforçamento em operação, bastando-se com descrições – mesmo estas sujeitas a equívocos – do segundo elo da tríplice contingência. Finalmente, os procedimentos revelam o que para o modelo skinneriano é um grave erro conceitual: que pensamentos, imagens, sentimentos são causas de comportamentos e não são eles próprios comportamentos encobertos e públicos a serem explicados. Wolpe, de forma ainda incipiente, admite que pensamentos causam sentimentos e comportamentos, antecipando, de modo ainda alinhavado, o que viria depois dele a constituir a terapia cognitivo-comportamental. A passagem de um modelo de psicoterapia para outro ocorre com superposições de paradigmas negligenciados e através de uma transição de conceitos e de procedimentos muito mais gradual do que se imagina!

Tratamento

Precondições de terapia. Wolpe afirma que para o tratamento ser bem sucedido é necessário que se assegure ao paciente que suas “reações desagradáveis” são reversíveis, isto é, curáveis;

“o terapeuta deve considerar que é desejável oferecer conselhos, reafirmar confiança, dar apoio, encorajamento, esclarecimentos (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 27). “O terapeuta deve também estabelecer uma relação de confiança e fazer com que o paciente se sinta plenamente aceito como ser humano.” (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 28) Com respeito a crianças, Lazarus, co-autor com Wolpe, escreveu: “Um relacionamento caloroso... e uma compreensão íntima da importância de realizar os seus desejos e identificação são *essenciais*.” (Lazarus e Abramovitz, 1964, p.461). O pressuposto implícito subjacente a tais ações de “apoio” é que elas irão influenciar as atitudes conscientes do paciente (em direção ao terapeuta, à terapia etc.) e que tais atitudes, por outro lado, afetarão as ações do paciente, levando-o, por exemplo, a cooperar com o terapeuta.

Frequentemente, as “concepções errôneas” [ideias ou crenças irracionais?] devem ser corrigidas antes de a terapia poder avançar com sucesso. Exemplos de crenças equivocadas que Wolpe teve que corrigir em seus pacientes incluem as que se seguem: a casca do tronco do pinheiro secreta veneno (Wolpe, 1958, p. 200); masturbação é prejudicial (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 131); contato direto dos genitais é a única maneira de atingir satisfação no orgasmo (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 105); e dores no peito inevitavelmente significam doença cardíaca (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 19). Com o objetivo de tratar um paciente que sofria de ciúme intenso e irracional de sua esposa, Wolpe teve que “*estabelecer uma clara linha de demarcação entre situações que poderiam dar motivos justificados para ciúme e aquelas em relação às quais ciúme seria anormal*” (Wolpe, 1958, p. 164). Para convencer outra paciente de que ela não era mentalmente anormal: “O terapeuta comportamental teve que empregar os possíveis recursos de raciocínio e de demonstração, bem como completa força de persuasão que lhe permitia seu próprio prestígio para persuadi-la de que ela era na verdade uma pessoa normal que tinha se tornado incapaz pelos condicionamentos neuróticos...” (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 131-132). Outros pacientes foram convencidos da irracionalidade de suas crenças religiosas através da tarefa de ler tópicos a respeito (Wolpe, 1969, p. 20).

A técnica de persuasão não se limita tão somente às *crenças* equivocadas do paciente; é também aplicada a seus *valores morais*. A fim de tornar seus pacientes mais autoassertivos, Wolpe frequentemente tinha que convencê-los primeiramente de que autosacrifício humilhante é autodestrutivo e que autoasserção saudável é moralmente apropriada. Wolpe escreve:

“Para pacientes com argumentos moralistas lógicos fortemente treinados pode ser necessário convencê-los da virtude de se levantar a favor dos direitos de alguém e da inevitabilidade (e justiça) de ferir os sentimentos daqueles que zombam de tais direitos.” (Wolpe e Lazarus, 1968, p. 44).

Uma paciente, por exemplo, acreditava que ela não tinha o direito de esperar que sua tia parasse de explorá-la. Wolpe lhe disse: “Mas o que você espera é simplesmente justiça. É exagerado querer justiça?”⁷

⁷ Wolpe, J. The Case of Mrs. Schmidt. Counselor Recordings, Nashville, Tennessee, 1965. (Transcribed tape recording)

Costuma-se citar Ellis (1957) e Beck (1976) como os expoentes da Terapia Cognitiva (que depois passou a ser denominada de Terapia Cognitivo-Comportamental); no entanto, fato pouco disseminado, Wolpe já apresentava preocupações com a interferência que pensamentos ou crenças “irracionais” produziam no processo da psicoterapia. Wolpe procurava alterar tais pensamentos tão somente para retornar à psicoterapia. Wolpe não explicitou que crenças irracionais causam neuroses; neste sentido, sua preocupação em alterá-las não tinha o mesmo objetivo da TCC, nem tampouco as conceituava da mesma maneira; no entanto, ele identificava um certo “ruído” que precisava ser eliminado.

O fato de Ellis e Beck não mencionarem em seus estudos esta estratégia terapêutica de Wolpe como um procedimento que antecedeu suas práticas cognitivas talvez se deva ao fato de que nenhum dos dois foi influenciado pelos escritos e pesquisas de Wolpe, e as raízes de seus trabalhos vêm do modelo psicodinâmico.

Por outro lado, Wolpe se preocupou em “livrar” seus pacientes de tais crenças sem se deter em conceituá-las e sem incorporá-las de forma sistemática dentro do seu modelo psicoterapêutico. Parece que o modelo organicista adotado por Wolpe desviou sua atenção de aspectos mais psicológicos: crenças são comportamentos aprendidos e não têm determinação ou fundamentação orgânica como é o caso da ansiedade, tema que lhe era mais familiar. A miopia conceitual de Wolpe levou-o a dar pouca atenção a essa parcela importante das dificuldades do paciente, que ele percebeu, com que lidou clinicamente, mas à qual reservou um espaço menor.

Para que este último exemplo não pareça forçado ou artificial, atente para a citação de Wolpe que se segue: “acompanhando a articulação de qualquer palavra há, comumente, uma inibição automática de todas as tendências simultâneas de pronunciar outras palavras.” (Wolpe, 1960, p. 91)

Tais exemplos asseguram, em essência, que uma pessoa não pode fazer (ou sentir) duas coisas incompatíveis ao mesmo tempo. Como Wolpe define o termo inibição recíproca, portanto, *ele representa pouco mais que uma confirmação (num contexto mais restrito) de um conceito fundamental metafísico, o qual é identificado na lógica como a lei da contradição.* Esta lei afirma que uma coisa não pode tanto ser como não ser (A e não A) ao mesmo tempo. Este princípio foi identificado por Aristóteles há mais de 2000 anos atrás.

A afirmação de Wolpe de que a inibição recíproca é a técnica pela qual seus pacientes amenizam ou eliminam suas ansiedades desta forma atenua a argumentação de que, quando um paciente experiencia uma emoção outra que (ou incompatível com) ansiedade, em uma dada situação, ele não irá experimentar simultaneamente ansiedade naquela mesma situação. Se por um lado isto é certamente verdadeiro, por outro não é muito esclarecedor cientificamente. O ponto científico relevante é *como* levar os pacientes a permanecerem calmos em situações que tipicamente os perturbam.

Rachman (1968) argumentou, com base em evidências de pesquisa, que o relaxamento *muscular* não é um elemento necessário para uma dessensibilização bem sucedida. Ele argumenta que pode ser necessário (e essencial) apenas relaxamento *mental*. Neste ponto, pode-se observar nos relatos de casos de Wolpe que ele frequentemente instruiu seus pacientes a permanecerem “calmos”. No “Caso da Sra. Smith”, por exemplo, após treinar a paciente em relaxamento muscular, Wolpe pediu-lhe que levantasse o dedo se alguma coisa afetasse seu “estado de calma”. Depois de cada apresentação da cena, Wolpe perguntava à Sra. Smith se aquela cena lhe tinha causado “preocupação” ou “perturbação”. Ele *não* lhe perguntava se seus músculos estavam tensos. Calma, neste contexto, claramente significa calma mental.

Mais recentemente, Wilkins (1971) argumentou, com base em mais evidências, que o relaxamento pode não ser mesmo necessário para que a “dessensibilização” seja eficaz. Wilkins propõe que basta simplesmente levar o paciente a imaginar repetidamente cenas produtoras de ansiedade e ter a expectativa de que o procedimento o ajudará.

Este autor sugeriria que os procedimentos psicoterapêuticos atuais de Wolpe podem ser classificados em cinco categorias principais:

- a. convencer o paciente de que ele pode ser ajudado pela terapia (comportamental)
- b. identificar as crenças, valores e medos irracionais
- c. fornecer ao paciente novos valores e conhecimentos
- d. ajudar e persuadir o paciente a utilizar este novo conhecimento e
- e. ensinar o paciente como relaxar na presença de situações ameaçadoras passadas (treino de relaxamento, situações de imaginação etc.)

Estes procedimentos pressupõem, explícita ou implicitamente, que:

- a. o paciente tem habilidade para introspeccionar;
- b. ele tem uma mente capaz de captar conceitos, entender conceitos, e seguir argumentos lógicos (isto é, ele é capaz de pensar);
- c. ele tem a habilidade de intencionalmente controlar as ações de sua própria mente e seu comportamento público.

Além do mais, não se deve assumir que as técnicas específicas que Wolpe usa para modificar as emoções irracionais do paciente são os únicos (ou nem mesmo os mais desejáveis) métodos que poderiam ser usados para alcançar esse objetivo. Blumenthal (1969), por exemplo, desenvolveu métodos pelos quais o paciente aprende a “pensar seu caminho para sair” das emoções neuróticas, tal como medo de desaprovação. Wilkins (1971) sugere outros métodos possíveis.

A análise dos efeitos individuais dos componentes da técnica de dessensibilização permite detectar quais variáveis são relevantes e quais são apêndices não funcionais (por exemplo, o relaxamento muscular). Locke dá destaque às contribuições de Wilkins, as quais, não obstante relevantes (algumas), transitam de volta para o mentalismo. Falta-lhe mais profundo conhecimento da natureza do comportamento encoberto e do papel do comportamento verbal no processo psicoterapêutico, fundamentado no Behaviorismo Radical, no Comportamento Verbal e na Análise Experimental e Aplicada do Comportamento. Entende-se, no entanto, tal limitação: as informações estavam disponíveis, porém acessíveis a um número limitado de pessoas. Adicionalmente, seu

potencial para o campo clínico estava pouco explorado. Há tempo para colher...

Wilkins não foi o único a pesquisar as funções dos componentes da técnica de dessensibilização. Bandura (1969), no seu livro *Modificação de Comportamento*, dedica um longo capítulo ao estudo da dessensibilização sistemática. É um exemplo da contribuição da pesquisa para o aprimoramento do trabalho clínico: uma técnica pode funcionar e beneficiar o paciente, mas isso não basta. Há que se responder a questões adicionais:

1. O que na técnica faz com que ela funcione?
2. Que componentes são dispensáveis?
3. Que componentes podem em algum grau ser perniciosos?

As respostas a estas três questões podem aprimorar a técnica e dar origem a maiores benefícios com custos menores.

Por fim, pode-se atualmente fazer uma revisão funcional da técnica de dessensibilização, filtrar os procedimentos parasitas e descrevê-la como uma técnica essencialmente operante. Obviamente, ela não será mais dessensibilização sistemática e seu valor poderá ser limitado à contribuição histórica de ter representado um passo se distanciando do modelo psicodinâmico e um passo na direção da terapia comportamental.

Conclusão

A alegação de que os métodos de psicoterapia de Wolpe se basearam em princípios behavioristas não encontra apoio em nenhum aspecto importante. Virtualmente tudo que é feito nas sessões de psicoterapia contradiz um ou mais pressupostos do behaviorismo básico. Também não se pode defender os procedimentos de Wolpe como behavioristas com argumentos de que sua conceituação implícita de behaviorismo é simplesmente mais abrangente do que aquela usada por outros behavioristas, o que significaria *incluir* atividades, tais como “sentimento ou comportamento emocional”, “comportamento de pensar”, “comportamento de entender”, “comportamento de imaginar”, “comportamento de relaxar”. O que deve ser destacado é que o behaviorismo como uma escola e como um movimento filosófico foi uma revolta *contra o estudo da consciência*; um behaviorista típico estuda *apenas* comportamento observável. Confessar que alguém tem uma definição implícita de behaviorismo que inclui o estudo da consciência é confessar que esse alguém *não* é um behaviorista. Expandir o termo tanto assim torna-o sem sentido e desnecessário.

Há um aspecto menor (e não essencial) em que o método de Wolpe se assemelha a procedimentos behavioristas. Ele coloca considerável ênfase no *tempo*; na dessensibilização sistemática, por exemplo, a apresentação da cena tem que ocorrer apenas quando o paciente está em relaxamento, isto é, a cena perturbadora só é apresentada (e imediatamente) após o paciente estar calmo. Neste sentido, os procedimentos assemelham-se aos de condicionamento pavloviano (no qual o estímulo incondicionado tem que ser apresentado em imediata proximidade temporal com o estímulo condicionado) e condicionamento operante (no qual o “reforço” deve seguir imediatamente a resposta desejada). Neste aspecto, no entanto, a metodologia também se assemelha a procedimentos usados por associacionistas (mentais) para estudar processos tais como memória (apresentando uma sílaba sem sentido imediatamente depois da outra).

A contradição de Wolpe entre teoria behaviorista e a prática da terapia comportamental não pode ser solucionada afirmando-se que palavras são “estímulos condicionados” que controlam comportamento, da mesma maneira que qualquer outro estímulo condicionado; por exemplo, como o som de uma campainha elicia a salivação num cachorro. Enquanto *sons* de palavras (como qualquer outro som) podem em certas circunstâncias vir a servir como sinais que eliciam respostas automáticas, os efeitos das palavras, na condição de *unidades de linguagem*, são muito mais complexos. Palavras, no sentido último, são símbolos que se referem a conceitos; conceitos representam um número ilimitado de objetos concretos, situações ou eventos (Rand, 1966). Os efeitos de palavras ou argumentos sobre um indivíduo dependem de fatores tais como: se são entendidos, como seu conteúdo é apreciado ou avaliado e da decisão do indivíduo de agir. Estas operações mentais não são mecanicamente condicionadas do nada; o homem tem a capacidade de dirigir (dentro de limites) as operações de sua própria consciência. Ele pode iniciar os atos de pensar e avaliar; pode se propor propósitos e descobrir os meios para atingi-los. A compreensão de ações enormemente complexas, tais como pensar e raciocinar não se consegue adicionando arbitrariamente o rótulo de “estímulos condicionados” às ferramentas (palavras) que o homem usa para atingir essas tarefas.

Uma vez que o desvio dos métodos de Wolpe em relação a técnicas genuinamente behavioristas é tão óbvia e espantosa, cabe se perguntar sobre suas causas.

A resposta para a questão de por que Wolpe de fato não *usa* técnicas behavioristas parece óbvia: se ele tivesse que usá-las, seria impossível tanto fazer o diagnóstico como tratar neuroses, isto é, os procedimentos não funcionariam. Tais técnicas podem ser aplicáveis para o treinamento de animais (e, em certa extensão, para modificar aspectos triviais do comportamento de crianças autistas e esquizofrênicos), mas nenhum terapeuta poderia tratar adequadamente um paciente neurótico sem conversar com ele, um procedimento que pressupõe que o paciente é consciente, que entende palavras, que consegue pensar e introspeccionar.

A questão do porquê, dado que ele de fato não usa métodos behavioristas, e Wolpe se mantém afirmando que os usa, é mais complexa, mas pode ser proposta uma razão plausível. Durante décadas, os psicólogos tiveram um complexo de inferioridade em relação aos cientistas físicos porque um aspecto importante de seu objeto de estudo – a mente do homem – não podia ser estudada por métodos que outras ciências declararam como “científicos”! Assim, os psicólogos têm sido acusados (especialmente entre si) de serem “místicos” e não cientistas, de estudarem “o fantasma dentro da máquina”, de acreditarem no “animismo” e em superstições primitivas e de “nos levarem de volta à idade das trevas”! Em resposta a tais críticas, muitos tentaram: a. transpor conceitos que se referem à consciência a conceitos aplicáveis às ciências físicas e assim estudar consciência de uma forma “dissimulada”; ou b. deixar de lado inteiramente o estudo da consciência e estudar apenas aqueles aspectos do comportamento que *podem* ser estudados pelos métodos das ciências físicas, isto é, comportamento observável. Em suma, psicólogos têm evitado estudar ou admitir que estão estudando consciência devido ao medo de serem rotulados como “não científicos”.

A ironia da situação é que a acusação se baseia numa concepção “não científica” da natureza da ciência. Ciência é o estudo sistemático dos fatos da realidade. Um cientista racional escolhe métodos de estudo que são apropriados para a natureza da entidade ou do fenômeno sendo estudado. Ele não tenta forçar tal fenômeno, de modo a encaixá-lo em

noções preconcebidas sobre metodologia, derivadas de fenômenos inteiramente diferentes. Um cientista racional, tendo observado que

- a. consciência é um atributo crucial do homem e
 - b. ela não pode ser estudada ou mensurada pelo uso de conceitos e procedimentos empregados nas ciências físicas (por exemplo, consciência não pode ser pesada em uma balança, nem medida com uma régua, nem quimicamente analisada),
- tentaria desenvolver novos métodos que *fossem* apropriados para o estudo deste fenômeno. O fracasso em reconhecer este fato, na opinião do autor, não só tem produzido enorme confusão conceitual na psicologia, como tem atrasado enormemente o estudo científico da consciência.

Para concluir, há dois pontos adicionais que precisam ser apresentados em relação à terapia comportamental: a. as acusações feitas contra Wolpe em relação à ruptura entre teoria e prática não é igualmente aplicável a todos os defensores do behaviorismo (por exemplo, Skinner); e b. os comentários do autor, em relação à eficácia das técnicas de Wolpe para ajudar neuróticos a removerem seus sintomas, não deveriam ser considerados como um endosso de seus procedimentos. A questão a respeito de os métodos de Wolpe serem de fato aplicáveis para todos os neuróticos e sobre a adequidade desses métodos para ajudar o paciente a conseguir completa saúde mental gera questões que merecem mais estudo, mas que fogem do objetivo do presente artigo.

As preocupações de Locke foram atendidas por Skinner de maneira a estudar todos os aspectos do comportamento humano (isso inclui aquilo que se denominou como consciência) por métodos da Ciência Natural. Os principais pontos podem ser enumerados como se segue:

1. O comportamento encoberto é da mesma natureza que o público: atividade do organismo, sujeita às mesmas leis que regem *todos* os comportamentos;
2. A pessoa aprende a falar sobre seu mundo encoberto através de práticas da comunidade verbal a que pertence;
3. O comportamento verbal não é instrumento para revelar publicamente o mundo da consciência. O comportamento verbal é comportamento como qualquer outro e o que interessa não é o comportamento verbal em si, mas as contingências de reforçamento que o determinam;
4. O terapeuta se interessa pelo comportamento verbal do cliente como instrumento que o habilita a identificar e sistematizar as contingências de reforçamento das quais os comportamentos são função;
5. O terapeuta se interessa por comportamentos e sentimentos do cliente, mas de fato trabalha com as contingências de reforçamento das quais são função;
6. O terapeuta pode modificar comportamentos do cliente manejando contingências de reforçamento presentes na interação entre eles em tempo real, no momento em que o cliente se comporta;
7. O terapeuta pode, adicionalmente, modificar comportamentos do cliente através do comportamento verbal, na forma de instruções, de formulação de regras, de conseqüências verbais produzidas pelos comportamentos do cliente;
8. O mundo “interno” do cliente, constituído pelo repertório de comportamentos encobertos, não dá origem e nem pertence a um

universo não natural inventado e com propriedades causadoras de comportamentos e sentimentos;

9. Não existe *consciência* como substantivo; existe *consciente* como adjetivo que qualifica comportamento: consciente é o comportamento que pode ser descrito e eventualmente descrito como um componente de determinada contingência de reforçamento;
10. O autoconhecimento é fundamentalmente produto de contingências de reforçamento sociais (verbais e não verbais); pode se ampliar através de processos de generalização e relações de equivalência.

Acredito que Locke afirmaria que a Psicologia – através do Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento – perdeu seu complexo de inferioridade em relação a outras ciências naturais e faz parte delas: estuda comportamento como um fenômeno humano natural, determinado por interações entre o homem e o ambiente, eventos também naturais, descritos no formato de contingências de reforçamento.