

O que é a terapêutica do comportamento?

ADRIANO SUPARDO VAZ SERRA

A Terapêutica do Comportamento (T.C.) tem por objectivo modificar comportamentos considerados inadequados através da aplicação de princípios derivados da teoria da aprendizagem.

O seu desenvolvimento deu-se sobretudo a partir da década dos anos 50 desde os trabalhos pioneiros de Joseph Wolpe (1972), a que em breve se juntaram os de outros autores.

No entanto, antes daquele cientista, outros houve que não só tinham utilizado os princípios da teoria da aprendizagem para explicar diversas situações clínicas psiquiátricas, como haviam utilizado o conhecimento derivado destes para tratamento.

Wolpe e Lazarus (1966) citam um caso curioso de tratamento de uma neurose obsessiva, feito em 1846 por um médico chamado Leuret, em que foram utilizados métodos que podem ser considerados como obedecendo aos princípios de aprendizagem.

Tratava-se de um mercador de vinhos, de 30 anos de idade, com pensamentos obsessivos há dez anos que, pela sua acentuação progressiva, começaram a interferir com a sua vida quotidiana e a impedi-lo de efectuar qualquer trabalho.

Leuret internou-o no hospital e, sem o recurso acessório de qualquer fármaco, apenas estabeleceu para ele a obrigação de diariamente ler e aprender canções que tinha de reproduzir de cor no dia seguinte. A comida era-lhe dada de forma contingente a esta aprendizagem, tendo direito às refeições em função do que tivesse aprendido.

Ao fim de seis semanas sentia-se subjectivamente bastante melhor e os pensamentos obsessivos haviam-lhe desaparecido por completo.

Leuret arranhou-lhe então um lugar de enfermeiro no qual foi capaz de se inserir de modo bastante eficaz. Ao fim de um ano continuava a manter uma actividade profissional regular, e o mais importante é que não mais voltara a ter pensamentos de natureza obsessiva.

No início do século, sobretudo a partir do momento em que o trabalho de Pavlov sobre os reflexos condicionados começou a ter alguma divulgação, houve cientistas que utilizaram o que então se conhecia sobre este aspecto, para explicarem quadros clínicos psiquiátricos e igualmente os efeitos da psicoterapia (Ladouceur, Bouchard e Granger, 1977).

Porém o conhecimento das leis que regulam o comportamento e o seu aproveitamento para a aplicação directa à clínica psiquiátrica foi um trabalho gradual, que se deveu ao esforço de vários cientistas.

* Professor Extraordinário de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra. Director da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Professor de Psicopatologia e Psiquiatria do Curso Superior de Psicologia da Universidade de Coimbra.

Pavlov, já citado, foi um deles.

O seu trabalho veio a permitir descobrir as leis que regulam uma parte importante do comportamento que é largamente mediado pelo sistema nervoso vegetativo e que se conhece por condicionamento respondente ou, porque foi o primeiro a ser conhecido, por condicionamento clássico.

Igualmente significativos foram os trabalhos de Watson, Rayner e Cover Jones.

John Watson e Rosalie Rayner, em 1920, relataram o caso de uma criança de 11 meses de idade, denominada Alberto, filho de uma enfermeira, que comprovaram não ter medo dos mais diversos animais, entre os quais se contavam os ratos brancos. No entanto, aplicando os princípios para a formação dos reflexos condicionados, foram capazes de lhe produzir medo aos ratos brancos que gradualmente se foi generalizando às outras situações em que o estímulo se tornava semelhante.

Para o efeito associaram por diversas vezes o estímulo neutro (rato branco) com um estímulo incondicionado (barulho forte numa barra de ferro), capaz de produzir uma resposta emocional de medo, e, a partir de certa altura, verificaram que a criança, mesmo sem ser produzido o barulho da barra, começava a manifestar medo na presença de qualquer rato branco. Mais tarde a criança foi tratada e deixou de ter medo a estes animais.

A importância histórica desta resposta emocional condicionada foi bastante grande, pois através dela foi encontrada uma explicação científica para o aparecimento das fobias, trazendo com isso o começo da clarificação, segundo esta linha, dos diversos tipos de comportamento neurótico.

Por sua vez, Mary Cover Jones, em 1924, apresentou o primeiro trabalho sobre o tratamento de fobias, em que foram utilizados princípios derivados da teoria da aprendizagem.

A autora estudou um grupo de setenta crianças, entre os três meses e os sete anos de idade, nas quais observou os diversos temores que tinham. No grupo de crianças em que encontrou temores tentou de início esbatê-los com os diversos processos que tradicionalmente as pessoas utilizam para reduzir tais medos. Com este objectivo utilizou a persuasão verbal, a tentativa de supressão pela não exposição ao estímulo desagradável, a ridicularização da criança sempre que manifestava o medo e ainda a sua distração quando tal resposta emocional surgia. Qualquer destes processos pouco ou nenhum resultado foi capaz de conseguir. Os únicos métodos que se revelaram eficazes consistiram no que denominou condicionamento directo, em que associou o objecto temido com um objecto muito do agrado da criança e ainda a imitação social em que a criança foi colocada num grupo de outras que não tinham medo pelo objecto dela temido.

Se as investigações de Watson utilizaram pela primeira vez os dados da aprendizagem para explicação do comportamento patológico, os estudos de Mary Cover Jones vieram testemunhar a capacidade de utilizar os mesmos princípios para a recuperação do comportamento perturbado.

Seria cansativo tentarmos referir os nomes e investigações daqueles cientistas que ficaram ou estão ligados à teoria da aprendizagem e que, de algum modo, vieram também influenciar a T. C.

Segundo Kanfer e Phillips (1970), a teoria da aprendizagem teve as suas raízes históricas alicerçadas na reflexologia russa das primeiras décadas do presente século e no funcionalismo e behaviorismo americano.

Assim, para além da contribuição original de Pavlov e dos já citados Watson, Rayner e Jones, outros nomes devem ser referidos. Entre eles o de grandes teóricos como Thorndike, Tolman, Guthrie, Clark Hull e Skinner.

Porém outros cientistas devem ser mencionados, mais ligados à T. C.

De entre eles merece realce especial o nome de J. Wolpe, por ser um dos seus pioneiros. Também Arnold Lazarus deve ser citado, pois desde cedo se ligou a este tipo de intervenções terapêuticas.

Além destes, o nome de H. J. Eysenck merece ser salientado, não só pelo trabalho teórico que desde cedo desenvolveu nesta área de conhecimentos, como pela extraordinária divul-

gação que tem feito das aplicações da T.C. Foi este autor que também teve a coragem de contestar frontalmente os apregoados benefícios da psicoterapia tradicional, muita dela de base analítica, chamando a atenção para a fraqueza metodológica dos seus princípios (Eysenck, 1965).

Do ponto de vista histórico não pode ser ignorado também o nome de Bandura (1969), pelo trabalho conseguido sobre a importância do comportamento por modelação e ainda a investigação feita sobre os princípios cognitivos e o seu significado como mediadores do comportamento humano.

Para além dos assinalados, muitos outros nomes se poderão ainda referir. Na impossibilidade de sermos exaustivos devemos recordar pelo menos aqueles que, no seu tempo ou ainda na época actual, pelas suas investigações laboratoriais e/ou clínicas têm ficado ligados à T.C. Entre eles contam-se Shoben, Dollard e Miller, Rachman, Ayllon e Azrin, Isaac Marks, Kransner e Ullmann, Mahoney, Victor Meyer, Liebermann, Seligman, Ramsay e tantos outros.

O seu impulso foi decisivo para clarificar campos obscuros da clínica ou da psicoterapia, para alargar os limites da aplicação prática da T.C. ou pela metodologia utilizada na abordagem de casos que, de uma forma ou de outra, se tornou inovadora.

A T.C. sendo de princípio mais orientada para as neuroses, está a ter cada vez um campo mais vasto de aplicação. Para além daquelas entidades clínicas igualmente tem sido aplicada na resolução de alterações do comportamento sexual, de depressões, nos casos de alcoolismo, nos doentes psicóticos, nos transtornos do comportamento infantil ou nos das pessoas idosas. Igualmente tem encontrado campo de aplicação nos transtornos psicossomáticos (Williams e Gentry, 1977), e em doenças consideradas do foro neurológico, como a epilepsia.

Também muito estreitamente relacionadas com a T.C. se desenvolveram técnicas hoje conhecidas de biofeedback.

Não conhecendo as limitações daquelas terapêuticas em que têm de ser necessariamente utilizados os mecanismos verbais, pode ser aplicada mesmo a indivíduos de fraca cultura, estando descritos casos de aplicação a surdos-mudos (Meyer e Chesser, 1970).

Tem sido usada tanto para recuperação individual como em grupo. Neste segundo aspecto torna-se notório o trabalho desenvolvido com terapêuticas conjugais ou ainda no treino de aptidões sociais (Lieberman et al., 1975).

A sua utilização tem sido feita ainda no rearranjo de enfermarias ou de todo um ambiente hospitalar (Ayllon e Azrin, 1968).

Há países que organizam actualmente cursos sobre T.C. Entre estes pode ser citado o caso das Spring Workshop Conventions, usualmente realizadas em Abril, em Inglaterra, sob a égide do Institute of Behaviour Therapy.

Em Portugal também já se têm organizado seminários sobre T.C., tal como aconteceu em 1973, 1974 e 1975. Nestes seminários têm estado usualmente envolvidos grupos de médicos e de psicólogos ligados aos meios psiquiátricos universitários de Lisboa, Porto e Coimbra ou ainda de outros hospitais ligados ao tratamento das perturbações mentais, tendo sido orientados por Victor Meyer, de Londres. Estes grupos têm vindo a desenvolver no nosso país, desde o começo da década dos anos 70, um trabalho sistematizado, de aplicação à clínica, da T.C.

No dia 24 de Junho de 1978 realizou-se em Coimbra pela primeira vez um Encontro Nacional de T.C., sob o patrocínio da Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. Este encontro contou com a participação de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, e de estudantes do Curso Superior de Psicologia da Universidade de Coimbra, reunindo centenas de pessoas, provenientes não só de Lisboa, Porto e Coimbra mas igualmente de outros locais. Foram então apresentadas numerosas comunicações, foi realçado todo o esforço que nesta área de conhecimentos tem sido feito, e o entusiasmo deste primeiro encontro nacional deu bem a dimensão e o interesse do que já é possível fazer.

A T.C. tem encontrado a sua divulgação por meio de várias revistas, algumas delas bastante conhecidas. Podemos citar entre elas a Behaviour Research and Therapy, a Behavior Therapy,

o Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, o Journal of Applied Behavior Analysis, a Behavior Modification ou a Cognitive Behavior Modification.

De ano para ano vão aparecendo mais revistas deste género, estando anunciadas para 1979 mais algumas, além das mencionadas.

Também é frequente encontrar artigos sobre T.C. escritos noutras revistas, usualmente ligadas à Psiquiatria ou à Psicologia.

Para além da divulgação em revistas há diversos autores que têm procurado juntar em volume não só os estudos sistematizados sobre áreas consideradas significativas, mas ainda reunir os conhecimentos sobre princípios de comportamento, as suas características essenciais, o planeamento do tratamento e a descrição de casos concretos em que foram utilizados (Bandura, 1969; Gambril, 1977; Kazdin, 1975; Krasner e Ullmann, 1965; Ladouceur, Bouchard e Granger, 1977; Meyer e Chesser, 1970).

Uma divulgação deste tipo tem permitido tomar-se conhecimento não só do essencial, mas ainda ir conhecendo as áreas em investigação e os seus resultados específicos.

CARACTERÍSTICAS DO MODELO DA TERAPÊUTICA DO COMPORTAMENTO

O modelo de que a T.C. se serve tem características próprias. Consideremos algumas delas.

a) O repúdio do modelo médico tradicional

Denomina-se em Psiquiatria modelo médico aquele que tem servido usualmente para descrever as diversas entidades clínicas da Medicina em geral e que teve as suas origens no estudo das doenças infecciosas.

Brendan Maher (1970) faz, a seu respeito, a seguinte descrição:

«O modelo médico enraíza-se na suposição de que a pessoa que mostra uma alteração do comportamento está enferma, a sofrer de alguma coisa chamada doença e que, enquanto a doença tem uma forma de quase-existência dentro do doente, se pode tornar evidente ao observador, principalmente através de um grupo mais ou menos óbvio de sintomas. A enfermidade tem, geralmente, uma causa ou etiologia mais ou menos específica e em muitas, embora não em todas as doenças, o tratamento apropriado envolve a eliminação ou o controlo do agente etiológico ... A identificação da etiologia é denominada diagnóstico e, usualmente, é um requisito prévio para decidir a terapêutica apropriada.»

Um tal modelo tem sido usado com frequência em psiquiatria clínica.

Também se adapta bem a algumas teorias, entre elas a psicanalítica.

Como se depreende do que está assinalado, o modelo considera que os sintomas representam apenas a parte superficial da doença, o que leva a procurar o verdadeiro agente etiológico. Esta conceptualização é sobreponível à da psicanálise que procura, para além dos sintomas manifestados pelo enfermo, encontrar as verdadeiras razões, de natureza inconsciente, que se encontram por detrás.

Considerando estes pontos de vista podemos afirmar que o modelo comportamental (M.C.) repudia abertamente o modelo médico.

Em primeiro lugar porque refere que o sintoma não tem mais do que uma pseudo-identidade. Não passa, como assinalam Kanfer e Phillips (1970), de um comportamento-alvo cuja modificação se pretende, por se considerar (segundo parâmetros subjectivos) inadequado.

Em segundo lugar porque não admite que haja uma doença ou qualquer outro construto pressuposto, que esteja a determinar a presença dos sintomas, sendo estes antes a consequência da interacção do indivíduo com o ambiente que, uma vez corrigida, nada mais se pretende.

Em terceiro lugar não reconhece a utilidade do diagnóstico clássico formal. Este não é considerado mais do que uma formulação categorial, que em si mesma nada diz e que se tem verificado que é bastante variável de autor para autor, de época para época e de contexto social para contexto social.

O mais importante para o M.C. não é que se faça um diagnóstico porque daí não resulta, por este simples facto, uma intervenção terapêutica específica. O que mais importa é analisar as condições de manutenção de determinado comportamento e fazer um rearranjo de contingências de forma a que aumentem os comportamentos desejáveis e se extingam os indesejáveis.

Pelas razões expostas verifica-se ainda que, em linguagem corrente, a maioria dos autores prefere evitar o emprego da palavra doente, utilizando outro tipo de designação como, por exemplo, a de cliente ou a de consultante. Nenhuma delas é livre de críticas. No entanto são compreensíveis os motivos por que se usam.

Estas designações alternativas encontram também justificação no facto de que a necessidade de corrigir alterações de comportamento não surge exclusivamente no âmbito médico. Estende-se a todas as áreas, desde a escola à comunidade em geral, em que se possam desejar introduzir modificações do comportamento.

Daí a tendência que se tem verificado de ir substituindo a denominação de terapêutica do comportamento por modificação do comportamento, para indicar que estas técnicas não têm limite (clínico) para a sua aplicação.

No presente texto a designação de terapêutica do comportamento é mantida por dois motivos.

Um deles, por homenagem aos pioneiros que a lançaram e assim a designaram, entre os quais, de modo particular, se poderão citar A. Lazarus (Wolpe e Lazarus, 1966) e H. J. Eysenck (1960).

O outro porque, tanto o autor do artigo (Vaz Serra, 1979; Vaz Serra e Lima, 1978) como os restantes que apresentaram comunicações no Encontro de Coimbra sobre Terapêutica do Comportamento, têm trabalhado num contexto clínico.

b) A necessidade de rigor

O M.C. nasceu de um metodologia científica rigorosa.

Qualquer comportamento — respondente, operante e de modelação — foi investigado em condições criteriosas de laboratório, com cuidados de observação, registo e mensuração bem definidos.

Esta metodologia possibilitou que se pudessem formular leis que, pela sua generalização trouxessem consigo uma vantagem: a de prever.

Devido a estas características originais os autores que utilizam o M.C. dão realce acentuado à observação e medida rigorosa dos comportamentos.

Assim, antes de se iniciar qualquer intervenção terapêutica num indivíduo que manifeste, por exemplo, ideias obsessivas, deve-se registar o número de vezes que estas lhe surgem, a duração que têm, as vezes que o seu conteúdo se modifica, as circunstâncias do ambiente que as tornam mais frequentes e ainda a primeira cena que surge quando a cadeia de pensamento volta de novo.

No caso de comportamentos observáveis, pode-se pedir a um familiar ou a outra pessoa que lide com o indivíduo de perto, que façam o registo sistemático do número de vezes que dado comportamento-problema surge, das circunstâncias que o levam a aparecer e das que o fazem terminar.

Em relação a qualquer comportamento que se tenha seleccionado para mudança, devem-se registar as condições antecedentes e consequentes que a ele se ligam. O observador não se deve dar por satisfeito até que fique a saber a totalidade ou a grande maioria das situações em que o comportamento-problema ocorre. Só assim poderá vir a conhecer o denominador comum dessas circunstâncias.

Só depois de se conhecerem os dados actuais se deverá recuar na história biográfica do indivíduo, no sentido de averiguar o começo dos problemas do seu comportamento.

Uma vez isto feito, poder-se-á recuar um pouco mais, até à história do ambiente familiar, às características do comportamento dos pais e dos irmãos ou de outras pessoas significativas desse tempo, sobretudo para conhecer em que medida o indivíduo, cujo comportamento se estuda, foi afectado pelo comportamento dos restantes elementos do seu agregado familiar.

Como se depreende, o M. C. não nega a importância da história passada.

Sobretudo porque admite que devido a ela o indivíduo foi influenciado no seu sistema de valores, criando um determinado nível de aspirações, uma atitude em relação à religião e ao sexo, e uma dada educação em que foi influenciado por pais, instituições e pelos próprios pares.

Através deste sistema de valores vai analisar o ambiente e diferenciar os acontecimentos agradáveis dos desagradáveis, os bons dos maus, os incomodativos dos indiferentes, os permitidos dos não autorizados. Devido a este sistema de valores poderá sentir-se-bem ou... vir a descompensar.

No entanto, o M. C. distingue-se dos outros modelos porque toda a informação que vai buscar ao passado serve apenas para clarificar o que se manifesta no presente, pois é sempre sobre o comportamento actual apresentado que são empregados todos os esforços de modificação.

Neste sentido precisa ser prestado mais um esclarecimento de natureza metodológica, para estabelecer a diferença entre análise topográfica e análise funcional do comportamento.

Usualmente, no modelo médico tradicional, o clínico contenta-se em fazer apenas uma análise topográfica do comportamento, isto é, atender exclusivamente às suas características estáticas sem tentar conhecer a função que preenche.

Assim, por exemplo, se verifica que cinco indivíduos diferentes bebem três litros de vinho ao longo do dia, tenta registar os factos referindo que são bebedores excessivos ou, se outros dados se lhes juntarem, alcoólicos crónicos.

Uma tal abordagem é rejeitada pelo M. C.

Neste modelo, o que importa fazer é antes uma análise funcional do comportamento, isto é, perante determinado comportamento tentar averiguar qual é a função que preenche.

Assim, no exemplo assinalado, poderemos chegar à conclusão de que um dos indivíduos bebe para aguentar tensões oriundas do seu trabalho, outro, por pressões de natureza social, outro, devido a desajustes de natureza sexual, outro por incapacidade de auto-afirmação frente a uma mulher dominadora, outro, por se sentir incapaz de assumir as responsabilidades inerentes à sua posição.

Em todas as situações mencionadas o denominador comum é alcoolismo. Contudo só uma análise funcional permite conhecer o motivo único que lhe está por trás, facilitando com isso uma abordagem terapêutica específica.

c) Conceitos básicos

O M. C. tem conceitos básicos que ninguém pode ignorar, se quiser utilizar este modelo nas suas intervenções.

Embora se admita que o comportamento que o indivíduo manifesta ao longo do dia não tem soluções de continuidade, quando um dado comportamento se pretende modificar, em primeiro lugar o que se deve fazer é isolá-lo, procurando registar exclusivamente em relação a ele, os diversos parâmetros a que se subordina.

Nesta observação preliminar podemos ficar a conhecer que tipo de comportamento — respondente, operante ou de modelação — está em jogo no problema em causa.

Num transtorno de natureza emocional, por exemplo, não raro se verifica que no seu começo teve importância um condicionamento clássico ou ainda um determinado modelo mas que, na sua

manutenção, tomam realce factores decorrentes do condicionamento operante, quer a nível do reforço externo, quer a nível de um sistema de auto-reforço.

Saber diferenciar cada um destes tipos de comportamento não é suficiente.

É necessário conhecer o significado preciso dos diversos termos e saber adequadamente as leis que os regulam.

Assim, deve-se saber com muita clareza o que é um estímulo e uma resposta e os seus vários tipos, o que é um reforço positivo, negativo ou uma punição, as variedades das cédulas de reforço e as suas consequências práticas, o que é uma cadeia de comportamento, como se pode dar origem a um comportamento novo ou extinguir um antigo, o que significam os termos de privação ou saciação, shaping (ou modulação) e qual a importância dos antecedentes.

Se tudo isto for conhecido, facilmente se perceberão as técnicas que foram criadas para resolver os vários tipos de alterações de comportamento, por exemplo, a dessensibilização sistemática, o time-out, um programa token, o custo de resposta e outras mais, que apenas são variantes possíveis dentro do que cientificamente se conhece sobre os princípios que regulam o comportamento.

Quando uma intervenção terapêutica falha pode-se admitir que seja devido a várias circunstâncias.

Consideremos algumas delas.

Em primeiro lugar, pode não ter sido bem identificado o comportamento-problema. O que foi seleccionado para mudança pode vir a revelar-se não ser, afinal, o mais necessário e exigir então que nova escolha seja feita.

Em segundo lugar, podem as técnicas ter sido mal aplicadas. Isto é, um reforçador positivo não ter grande força como reforçador, por exemplo, ou não se terem criado comportamentos alternativos aquando do uso de punição.

Em terceiro lugar, podem os princípios estar a ser bem aplicados mas o indivíduo não ter em si aptidões suficientes para começar de imediato certas acções para que é solicitado. Nesta circunstância, pelo método de shaping ou pela utilização de um modelo pode-se iniciar um novo tipo de comportamento exigido que, só então, estará em condições de se poder desenvolver.

Em quarto lugar, apesar de ter sido bem seleccionado o comportamento a modificar e terem sido bem escolhidos os objectivos a atingir, pode acontecer que se esteja a dar reforço apenas a grandes modificações do comportamento, o que diminui o incentivo do indivíduo e lhe cria dificuldades de progressão.

Em quinto lugar, sobretudo quando se tenta ensinar um novo comportamento que é difícil, pode ser que ainda não tenha passado tempo suficiente para surgir qualquer mudança.

Além destas, outras considerações poderiam ser feitas, de acordo com os tipos de problemas e as técnicas seleccionadas.

No entanto devem ser de ter em mente pormenores como os expostos, para que toda a modificação seja conduzida com segurança.

ASPECTOS A CONSIDERAR NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Numa abordagem terapêutica há diversos aspectos que merecem ser considerados quando se procura modificar determinado comportamento.

Tenhamos em conta alguns deles.

1. O cliente deve ser capaz de conseguir nova conceptualização para o seu problema

Quando o terapeuta observa alguém que o procura para lhe apresentar um problema de comportamento, em primeiro lugar deve saber escutar o indivíduo, prestando atenção aos porme-

nores que debita, mostrando-se capaz de o orientar na sua exposição, para conseguir obter dados informativos considerados necessários.

Levy, em 1968, citado por Gambrill (1977), refere que «se o terapeuta vê o mundo como o cliente o faz, então pouca coisa terá para lhe oferecer».

Isto significa que, devido à formação específica do terapeuta, deve ser corrigida a atribuição que o cliente faz das suas dificuldades, de acordo com os princípios da T.C. Este deverá acabar por compreender, afinal, que os mesmos princípios que regulam o seu comportamento em geral, são os mesmos que se aplicam ao comportamento-problema.

Uma reavaliação assim efectuada tem as suas vantagens. Permite-lhe rectificar toda a atribuição defeituosa anterior, dá-lhe a possibilidade de reformular o comportamento em termos correctos, ajuda a instituir objectivos definidos, dá-lhe compreensibilidade sobre comportamentos futuros e ensina-o a lidar melhor com o ambiente.

Tudo isto serve como factor de motivação no envolvimento da tarefa terapêutica.

2. O terapeuta deve saber encorajar comportamentos construtivos

Este é um dos aspectos em que o terapeuta do comportamento se diferencia dos outros terapeutas.

Na observação de qualquer caso deve ter em mente que não basta que o cliente acabe por conseguir auto-analisar-se e autocompreender-se. Mais importante do que isso é a necessidade de que actue.

Estes aspectos devem ser reforçados pelo terapeuta.

Serão reforçados todas as vezes que prestar atenção às descrições concretas que o cliente faça e forem ignoradas as descrições evasivas.

Serão reforçados cada vez que prestar atenção a comportamentos construtivos empregados para resolver situações ou à expressão de afirmações e sentimentos positivos e forem ignoradas todas as acções não construtivas ou a expressão de sentimentos e afirmações pessoais negativas.

Serão reforçados todas as vezes que se responsabilizar o cliente para actuar sobre as suas dificuldades, desencorajando as manifestações de auto ou de heteroculpabilidade sobre os seus problemas.

Serão reforçados todas as vezes que a informação nova colhida sirva para se pôr imediatamente em prática.

Serão reforçados sempre que o terapeuta fizer reconhecer ao cliente que as modificações que está a conseguir no seu meio ambiente são devidas ao seu próprio esforço e não ao esforço dos outros, levando-o a concluir que é o principal responsável pelo seu progresso.

3. O terapeuta deve saber motivar o cliente

Os motivos que levam alguém ao encontro do terapeuta podem ser dos mais variados.

Há aqueles que vão em procura de ajuda. Há os que se lhe dirigem apenas para encontrar uma justificação para o seu estado. Há os que o fazem por pressões do meio ambiente.

O cliente deve conhecer que nada se pode fazer contra a sua vontade e, por isso mesmo, todas as situações dúbias devem ser esclarecidas.

Aos que aparecerem contra a sua vontade deve-se-lhes referir que, antes de qualquer intervenção ser feita, devem pesar os prós e os contras da situação e decidir qual a alternativa que desejam tomar. Uma vez que a decisão tenha sido tomada, então poder-se-á prestar ajuda.

Logo que fique esclarecido que o indivíduo deseja envolver-se num programa de intervenção terapêutica, então algumas coisas mais precisam ser definidas.

Cada sessão deve terminar com um certo número de objectivos a cumprir.

Cada nova sessão deve principiar com a revisão do que foi feito, esclarecer quaisquer dúvidas levantadas e, por fim, programar outra vez tarefas a executar.

Os progressos reais devem ser reforçados pelo terapeuta e deve ser registada a informação sobre os mesmos, para que se saiba o que se foi cumprindo.

Por vezes a informação sobre as tarefas pode ser fornecida directamente pelo telefone ou por carta, dependendo disso, naturalmente, dos objectivos que se têm em vista.

De modo geral, uma intervenção em T.C. é mais directiva do que noutros contextos. O terapeuta deve, porém, buscar o equilíbrio entre um directivismo exagerado e uma intervenção completamente não directiva.

A acção directiva do terapeuta é sobretudo exigida de início, quando se pretende desenvolver um determinado comportamento.

Conforme Kazdin refere (1975), a formação de um comportamento novo é facilitada «usando sinais, instruções, gestos, direcções, exemplos e modelos para a resposta». Em certos casos, sobretudo em crianças, o terapeuta pode mesmo guiar fisicamente o cliente, levando-o ao encontro das situações e a lidar com elas de forma adequada.

Uma vez que as respostas emitidas tenham sido reforçadas, tenderão a persistir.

Uma vez que persistam, a intervenção do terapeuta deverá ir sendo gradualmente extinta, até se apagar completamente.

A intervenção terapêutica deve decorrer de forma a que o cliente se sinta bem.

Para que isto se torne possível deve o terapeuta manifestar aceitação e respeito por ele. Isto consegue-se segundo Gambrill (1977), desde que preste uma atenção cuidadosa a comportamentos verbais e não verbais, evite a formulação de juízos críticos sobre o cliente, incentive os seus recursos naturais, demonstre a capacidade de o compreender e reforce os aspectos construtivos do comportamento. Revele ainda, na sua relação, consistência, autenticidade, espontaneidade, capacidade de partilhar confidências apropriadas e não sinta a necessidade de se defender.

Em casos em que o terapeuta verifique que o cliente não se envolve nos compromissos assumidos, pode arranjar processos de controlar as contingências.

Assim, por exemplo, pode exigir o pagamento prévio de dada quantia, que irá devolvendo à medida que as tarefas forem cumpridas, ou poderá referir ao cliente que este só o deverá voltar a contactar quando tiver cumprido o que estabeleceu.

Tendo sempre como princípio básico o respeito que o cliente merece e de que portanto, nada se deverá fazer que colida com os seus desejos, há, no entanto, um certo número de estratégias que se reconhece serem úteis para aumentar a influência do terapeuta.

Gambrill (1977, pp. 87-94) reúne diversas delas, anteriormente apresentadas por Haley em 1973 e por Johnson e Alevizos em 1975.

Uma delas é o terapeuta saber estabelecer um lugar de confiança positiva. Assim, nos contactos com o cliente, não o deve forçar. Com este objectivo pode utilizar o processo de dar (figuradamente) um pontapé na porta (do cliente)... a ver se esta se abre, tendo o cuidado de reassegurar o controlo que continuará a ter sobre a sua vida.

Outra é desculpar a falta de cooperação e o comportamento desordenado. Quando se sente que o cliente tem dificuldades em se abrir pode-se-lhe referir: «não diga nada até estar preparado para o fazer». A uma criança com um comportamento desordenado pode-se-lhe pedir, por exemplo, que mostre como é uma birra. Actuações deste tipo impedem que o comportamento-problema seja utilizado como forma de manipulação.

Fazer uma predição exacta pode ser outra maneira de aumentar a influência do terapeuta. Tais predições poderão ser usadas para desafiar o cliente a provar que não lhe acontecerá determinada consequência se se envolver em dada tarefa.

Outras estratégias existem cuja descrição pode ser encontrada na bibliografia referida. A sua finalidade é apenas ajudar a tornar mais fáceis os aspectos da prática clínica que são complexos, tendo em atenção que o saber motivar um cliente é um passo importante em qualquer recuperação terapêutica.

4. O terapeuta deve estar a par das técnicas ensaiadas em determinada situação

Pelo que acabamos de expor verifica-se que o cliente deve ter um envolvimento grande nas tarefas de modo a tornar-se, em todos os casos, um participante activo.

Para que isto dê resultado deve o terapeuta, por seu turno, estabelecer com precisão os objectivos a atingir e o modo como podem ser conseguidos.

Torna-se por isso útil, antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, rever a literatura sobre o assunto, de modo a seleccionar a actuação mais adequada.

A adequação do método deve ter em conta que, em todas as pessoas, não predominam igualmente os mesmos tipos de resposta.

Numas, há maior relevo dos factores vegetativos, estando os outros componentes mais apagados.

Noutras, pelo contrário, são sobretudo os aspectos cognitivos que atingem maior realce.

Noutras situações, ainda, há que atender a mais do que um comportamento-problema, sendo conveniente estabelecer com precisão as precedências respectivas, a fim de se saber como actuar melhor.

Nenhum destes aspectos pode pesar sem uma informação adequada, em que, de posse das técnicas e dos casos-tipo em que foram ensaiadas, se possa escolher aquela que actue melhor e responda acertadamente aos fins propostos.

UM PROBLEMA ABERTO: A SUBSTITUIÇÃO DOS SINTOMAS

Conforme referimos, a T. C. preocupa-se, sobretudo, em modificar comportamentos actuais.

Esta perspectiva de actuação levantou críticas, sobretudo por parte de autores de formação analítica, que afirmaram que a suspensão do sintoma em breve seria seguida pelo aparecimento de outro sintoma.

De facto, o modelo psicanalítico assume que os sintomas não são mais do que sinais exteriores de um conflito inconsciente subjacente, cujo verdadeiro significado só é possível ser descoberto por um trabalho de colaboração psicanalista/doente, regra geral longo.

Assim, não tem interesse, aparentemente, tratar o sintoma em si, pois, se não resolve o conflito inconsciente, nada mais faz do que adiar a recuperação, devendo aparecer em breve o mesmo ou outro sintoma.

A perspectiva da T. C. é completamente diferente desta.

Eysenck, por exemplo, ao considerar a teoria da aprendizagem e a terapêutica do comportamento no que respeita às neuroses, afirma textualmente (Eysenck, 1960, p. 9): «A teoria da aprendizagem não postula que haja quaisquer 'causas inconscientes', mas considera os sintomas neuróticos como simples hábitos aprendidos; não há nenhuma neurose subjacente ao sintoma, pois o que existe é o sintoma simplesmente...»

Há autores que tomam a defesa desta posição.

Yates (1960), por exemplo, referindo-se ao caso das neuroses, aponta para a necessidade que há em ser feita uma distinção clara entre neuroticismo e neurose. O neuroticismo refere-se à predisposição inata que propicia a que o indivíduo, em condições específicas, desenvolva uma neurose, que consiste «num conjunto particular de respostas aprendidas» (ibid, p. 24). Afirma então que o tratamento psicológico da neurose não pode deixar de ser sintomático, pois a ser considerado o tratamento das condições predisponentes, teriam de ser arrançados processos de intervenção genética ou química (celular).

Para se aceitar a existência da substituição de sintomas têm igualmente de ser consideradas algumas questões metodológicas de base.

Bandura (1969) procurou sintetizá-las.

Referi que, para se admitir a substituição de sintomas, teria de ser muito bem especificado o que é que um sintoma realmente é, quando é que a sua substituição deveria ocorrer, que condições sociais facilitariam o seu aparecimento e qual a nova forma que tomaria.

Todas estas questões se encontram ainda sem resposta.

Mesmo que após a eliminação de dado comportamento considerado indesejável, outro se lhe siga, tal facto não provará que se trate de substituição sintomática.

Há numerosas situações a ter em conta.

Na verdade, após a eliminação de um comportamento indesejável, nada impede que o indivíduo crie outro comportamento indesejável novo, sem qualquer relação com a situação anterior.

Pode também verificar-se que, embora se tenha tentado eliminar determinado comportamento, não tenham sido consideradas as condições da sua manutenção. Por exemplo, a um alcoólico que recorre à bebida como resposta aos seus conflitos conjugais, se se pretender eliminar apenas os seus hábitos de bebida excessiva, sem se tentarem corrigir as desavenças com a mulher, tal facto pode ser razão suficiente para o reaparecimento do seu alcoolismo, mesmo que se tenham conseguido eliminar transitoriamente os seus hábitos de bebida.

Outra possibilidade a considerar é ainda aquela em que, após se ter eliminado num indivíduo um comportamento indesejável, se verificou que o seu comportamento continua a ser inadequado, porque tem falta de aptidões que lhe permitam usufruir das condições sociais que lhe são oferecidas. Assim, o que teria sido correcto seria criá-las concomitantemente com a eliminação do outro comportamento.

Há circunstâncias diversas que se podem ainda ter em conta.

Consideremos em esquema as duas situações que a seguir são apresentadas.

Uma delas, a de um único estímulo a que se liguem, por exemplo, cinco respostas possíveis, subordinadas a uma hierarquia.

Outra, a da existência de vários estímulos, todos determinando a mesma resposta.

Imaginemos que estabelecemos como objectivo eliminar as respostas.

No primeiro caso, se eliminarmos a resposta número um e aparecer a número dois da posição hierárquica, não vamos poder afirmar de que se trata de uma substituição de sintomas, pois estas possibilidades existiam desde o início. Na realidade o que há a fazer é criar condições para que todas as respostas possíveis da hierarquia venham a extinguir-se.

Na segunda situação, no caso de vários estímulos produzirem a mesma resposta, se apenas um for considerado no tratamento, a resposta continua a manter-se devido à influência dos outros. Assim, uma intervenção completa terá de considerar todos os estímulos discriminantes, em relação àquela resposta, se quisermos de facto extingui-la.

Ao contrário do que seria de temer, o que a prática clínica revela é que, quando se consegue resolver um comportamento-problema, tal facto traz consigo uma melhoria nítida do comportamento em geral. O progresso torna-se por vezes mais positivo do que seria de prever pela simples eliminação de qualquer comportamento inadequado.

Compreenderemos, por exemplo, que um indivíduo obsessivo-compulsivo, cheio de rituais limitativos da sua vida de relação, uma vez tratado e recuperado em relação àqueles, é capaz de melhorar significativamente o seu círculo de amigos e qualidade de vida, liberto das inibições criadas pelas suas dificuldades prévias.

AFIRMAÇÕES ERRÓNEAS SOBRE A TERAPÉUTICA DO COMPORTAMENTO

O M. C., como qualquer outro modelo, não tem sido livre de críticas.

Isto é o que usualmente acontece quando qualquer teoria ou modelo se tenta afastar de linhas de inércia estabelecidas há mais tempo.

Consideremos alguns dos comentários que têm sido feitos.

a) A T. C. utiliza métodos de coacção

Kazdin (1975) refere que o termo coacção tem sido empregado para designar três aspectos diferentes.

Um deles diz respeito ao uso de meios violentos que forcem o indivíduo a modificar o seu comportamento.

Outro, refere-se a meios que, embora possam não ter tais características aversivas, modificam o comportamento dos indivíduos contra o seu próprio desejo.

Outro ainda, relaciona-se com o facto de que deve ser afastada toda a tentativa de influência sobre o comportamento dos outros.

Podemos naturalmente admitir que seja criado um programa com a finalidade de obrigar ao cumprimento de determinado comportamento, sem o que a pessoa é submetida a meios para ela desagradáveis e até cruéis. Assim, o comportamento desejável é mantido por reforço negativo: isto é, o indivíduo cumpre o comportamento desejado a fim de evitar as consequências desagradáveis se o não fizer.

Uma situação destas, em termos tão radicais, raramente se levanta na prática clínica.

Para evitar cada uma das objecções anteriores desde há muito que na T. C. são aconselhadas certas precauções.

Uma delas a de que, quando há necessidade de utilizar estímulos dolorosos ou desagradáveis, eles o sejam apenas de forma limitada. O efeito desagradável não deve ultrapassar o momento da sua aplicação, não deve ter repercussões que se mantenham a longo prazo, e além disso, não deve ser mais desagradável do que outros efeitos incómodos, usualmente consentidos como, por exemplo, a picadela de uma agulha de seringa.

Por outro lado, nunca se deve iniciar um programa terapêutico sem o cliente estar perfeitamente conhecedor dos seus objectivos e desejar envolver-se voluntariamente no que lhe é proposto.

Quando num programa é instituída dada penalização, esta deve ter obtido um consentimento prévio e o seu uso tem como objectivo conseguir que o cliente mais rapidamente colha benefícios. Além disso, este deve ter sempre a oportunidade de poder abandonar o programa se quiser.

Apesar do que está exposto, há quem refira que a T. C. impõe um controlo que não existiria previamente.

Esta afirmação é falsa. E é falsa porque os princípios que regulam o comportamento são gerais e estão sempre presentes.

Há quem refira que, embora isto seja exacto, de qualquer maneira as contingências do meio ambiente são «naturais» e, por isso mesmo, aceitáveis. Mas a verdade é que, talvez por isso mesmo, por o indivíduo não conhecer a sua influência e não ser capaz de lhes escapar, arranja distúrbios de comportamento cuja correcção depois pretende.

Para além do exposto, uma outra circunstância tem de ser considerada.

É a de que, qualquer meio punitivo que se utilize, embora possa suprimir determinado comportamento, não ensina comportamentos novos.

Por isso, nunca se deve usar uma punição para modificar o comportamento sem, concomitantemente, criar as necessárias contingências para novos comportamentos substitutos adequados.

Na maioria dos casos, o método punitivo utilizado não constitui a aplicação directa de um estímulo agressivo, mas é antes a retirada total ou parcial de um reforço positivo a que o cliente era sensível.

Princípios destes são bem conhecidos e divulgados em T. C. Apesar disso não têm evitado críticas.

Uma delas, por exemplo, foi feita no filme Laranja Mecânica.

É um filme, como aponta Gambrill (1977), que tem graves falhas em termos de T. C. Estas podem-se apontar pelo menos em três aspectos diferentes.

Primeiro, ao serem instituídos estímulos aversivos, não houve qualquer cuidado em criar comportamentos desejáveis no ambiente natural do delinquente preso.

Segundo, não foi promovido qualquer programa paralelo de reforços positivos para comportamentos alternantes adequados.

Terceiro, não foi dado ao indivíduo em causa qualquer possibilidade de participação na selecção de objectivos.

Casos fictícios como este ou casos naturais que possam ser criados, não negam a validade dos princípios do comportamento.

Eles não são bons ou maus em si mesmos. Podem é ter uma aplicação boa ou má conforme a pessoa que os utiliza, tal como pode acontecer também, por exemplo, com a utilização da energia nuclear.

Assim, é a pessoa que precisa de considerar estes aspectos éticos na sua formação e não são os princípios gerais que devem ser rejeitados apenas pelas acusações que lhes possam ser feitas.

b) Os métodos da T. C. são à base do suborno

Esta consideração tem nascido do facto de se utilizarem reforços positivos para a fixação de comportamentos desejáveis. Assim, este «prémio» dado quando se executam os comportamentos que se desejam representaria o suborno feito ao indivíduo para que os apresente.

Esta afirmação enferma de três vícios.

O primeiro é o de que o termo suborno indica usualmente a dádiva de uma recompensa por uma acto eticamente condenável, habitualmente com prejuízo de terceiros. Nenhuma destas circunstâncias cai no âmbito da T. C.

Em segundo lugar, quer se admita ou não, qualquer pessoa está também dependente de algum «prémio» para o comportamento evidenciado, seja este segundo aspectos subtis, como prestígio e aprovação social ou, mais concretos, como ganhos de natureza económica.

Em terceiro lugar, mesmo que para fixar de início um dado comportamento se utilizem reforços artificiais que possam parecer «prémios», o certo é que, tão depressa se inicie e fixe um tal comportamento se deve fazer a transição para os reforços positivos usuais que fazem parte do ambiente natural do indivíduo.

c) Os métodos da T. C. não trazem consigo nada de novo

É uma afirmação que tem sido feita com base em que os princípios que regulam o comportamento obedecem a leis que sempre existiram.

Embora isto seja verdade, a sua aplicação sistemática só em tempos relativamente recentes começou a ser feita, sobretudo a partir da década dos anos 50.

Até então, não se podia afirmar que existisse um corpo de doutrina ou escola diferenciada que utilizasse estes princípios de maneira criteriosa.

A abordagem instituída pela T. C. levou à criação de objectivos bem definidos, claramente diferentes dos processos de intervenção anteriores.

d) A T. C. negligencia a importância da relação terapeuta/cliente

Uma vez que a T. C. tem em consideração os comportamentos observáveis e faz largo uso de técnicas que se não referem directamente à relação terapeuta/cliente, dá a impressão que esta é negligenciada.

De facto, embora não seja a charneira em função da qual se desdobra a intervenção terapêutica e possam ser obtidos resultados positivos de mudança mesmo não a tendo em consideração, tais factos não significam que não seja considerada importante em T. C.

Já atrás referimos a necessidade do terapeuta prestar atenção a aspectos verbais e não verbais de comunicação dos clientes, de os compreender, de ter tacto suficiente para os saber colocar à vontade durante a entrevista terapêutica, de cuidar do aproveitamento das suas aptidões pessoais.

Estes aspectos indicam a atenção que se presta à relação terapêutica.

Por outro lado, como refere Gambrill (1977), toda a intervenção terapêutica deve servir a medida de cada indivíduo.

Isto significa que se aceita de antemão a especificidade de cada um e se tenta procurar meios em que a criatividade e a imaginação do terapeuta actuam para responder às expectativas presentes.

Também este facto se torna abonatório da importância da relação terapeuta/cliente.

Casos há, no entanto, em que esta relação é muito difícil. É o que acontece com psicóticos ou com crianças autistas. Felizmente, os meios de que dispõe a T.C. são suficientemente poderosos e válidos para serem úteis mesmo nestes casos.

e) A T. C. promove a desumanização das pessoas

Como foi referido anteriormente, os princípios que se aplicam na T.C. têm uma larga base experimental. Muitas vezes decorrem de experiências em que se utilizaram ratos brancos, gatos, cães ou outros animais de laboratório. Embora as extrapolações excessivas tenham os seus riscos e hoje se reconheça que há diferenças entre as espécies no que respeita a aspectos comportamentais (Seligman, 1975), a verdade é que muitos dos princípios utilizados tiveram a sua origem nestas experiências.

Uma tal circunstância parece, por vezes, ser chocante e suscita grande resistência em admitir que princípios que são capazes de regular o comportamento de um rato possam igualmente servir para explicar o comportamento de uma pessoa.

Naturalmente que estas experiências, por considerações éticas, não poderiam ser feitas com seres humanos. Contudo, as leis que daí se puderam extrair revelaram-se igualmente aplicáveis a estes.

Por outro lado, porque nas técnicas comportamentais se dá grande realce à relação do indivíduo com o seu meio ambiente, dá igualmente a impressão de que à T.C. apenas interessa o aspecto exterior do comportamento humano.

Tais considerações são falsas tomadas assim no seu valor facial.

Embora isto acontecesse nos primeiros tempos da T.C., tal era devido a não se saber ainda lidar com os aspectos interiores. Contudo, desde que se conseguiu uma estruturação teórica que se tem revelado válida para lidar com estes, o papel dos processos cognitivos e a influência dos sentimentos de cada um têm sido cada vez mais realçados no contexto terapêutico.

Há também quem acuse a T.C. de ser desumana porque torna as pessoas dependentes de reforços externos.

Uma tal afirmação precisa de ser elucidada, pois não há ninguém (tanto dentro como fora do contexto terapêutico) que esteja excluído da influência de factores externos; por outro lado, a acção exercida na T.C. por tais factores é consentida, na medida em que não introduz ninguém num programa terapêutico sem a sua aceitação prévia.

Além disso, o conhecimento progressivo dos factores que influenciam o comportamento, torna o cliente cada vez mais capaz de os controlar e não se lhes submeter a não ser que o deseje.

Afirma Gambrill (1977) que «negar a influência dos princípios que regulam o comportamento é o mesmo que negar a força da gravidade: não é pela sua negação que deixam de se exercer».

f) A T. C. lida apenas com aspectos superficiais dos problemas

Este é um juízo de valor feito por críticos que admitem que os problemas, nomeadamente os clínicos, devem ter aspectos profundos.

Naturalmente, esta posição pessoal depende da conceptualização teórica de cada modelo.

Já anteriormente foram expostas algumas razões pelas quais o M.C. se conceptualiza de determinada maneira. São críticas que, por isso, não têm discussão, porque dependem de posições teóricas relativas ao modelo. Então o que deveria ser discutido era a viabilidade real do modelo se poder ou não manter tal como foi concebido.

No que respeita ao M.C., não há razões para que os postulados que utiliza na sua estratégia devam ser postos em causa ou deixar de serem utilizados.

Porém, há quem se refira a aspectos superficiais, querendo salientar que apenas considera problemas simples e fáceis de resolver.

Esta afirmação não é verdadeira. O que é verdade é que frequentemente se utilizam explicações simples para resolver problemas complexos.

No que respeita à prática clínica já atrás assinalámos o leque de aplicações que tem.

Neste campo, são bem-vindos todos os modelos que, pela sua inovação, tragam perspectivas diferentes de intervenção terapêutica. Sobretudo quando se revelam tão bons ou melhores que os anteriores, tendo em conta a validade dos princípios em que se apoiam e o alcance da sua eficácia.

A simplicidade dos conceitos do M.C., a facilidade da sua compreensão, a possibilidade em ser aplicado por pessoas tanto diferenciadas como indiferenciadas, desde psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, até professores ou pais, tornam-no um modelo de grande utilidade para a resolução fácil de problemas concretos.

RESUMO

O autor tentou explicar o que é a Terapêutica do Comportamento, referindo-se a aspectos das suas raízes históricas, características do modelo comportamental e conceitos básicos com ele relacionados.

Igualmente abordou a questão da substituição de sintomas, bem como de alguns pontos de vista éticos e críticas que usualmente têm surgido.

SUMMARY

The author tried to explain what Behaviour Therapy is, drawing attention to the historical roots, the characteristics of the behavioural model and the basic concepts related to it.

At the same time discussed the question of symptom substitution and some other topics related to ethical aspects and criticisms.

REFERÊNCIAS

- AYLLON, T. e AZRIN, N. H. (1968) — *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*, Appleton-Century-Crofts, New York.
- BANDURA, A. (1969) — *Principles of behavior modification*, Holt, Rinehart & Winston, New York.
- BANDURA, A. (1970) — «Modelling therapy», in W. S. Sahakian (ed.) *Psychopathology today*, F. E. Peacock Publishers Inc., U.S.A., pp. 547-557.
- ĒYSENCK, H. J. (1960) — «Learning theory and behaviour therapy», in H. J. Eysenck (ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 4-21.
- EYSENCK, H. J. (1965) — «The effects of psychotherapy», *Internat. J. Psychiat*, 1(1): 97-144.
- EYSENCK, H. J. e RACHMAN, S. (1965) — *The causes and cures of neuroses*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London.

- GAMBRILL, E. (1977) — *Behavior Modification*, Jossey-Bass.
- JONES, M. C. (1960) — «The elimination of children's fears», in H. J. Eysenck (ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 38-44.
- KANFER, F. H. e PHILLIPS, J. S. (1970) — *Learning Foundation of Behavior Therapy*, John Wiley & Sons, New York.
- KAZDIN, A. E. (1975) — *Behavior Modification in Applied Settings*, The Dorsey Press.
- KRASNER, L. e ULLMANN, L. P. (1965) — *Research in behavior modification*, Holt, Rinehart & Winston, Inc., New York.
- LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.-C. e GRANGER, L. (1977) — *Principes et applications des Thérapies Behaviorales*, Edisem-Maloine.
- LAZARUS, A. A. (1960) — «New methods in psychotherapy: a case study», in H. J. Eysenck (ed.) *Behavior therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 144-152.
- LIBERMAN, R. P., KING, L. W., DERISI, W. J. e McCANN, M. (1975) — *Personal Effectiveness*, Research Press, U.S.A.
- MAHER, B. (1970) — *Introduction to research in psychopathology*, McGraw-Hill, New York.
- MAHONEY, M. J. e THORESEN, C. E. (1974) — *Self-control: Power to the person*, Brooks/Cole Publishing Company, U.S.A.
- MARKS, I. M. (1969) — *Fears and Phobias*, Heinemann Medical, London.
- MEYER, V. e CHESSER, E. S. (1970) — *Behaviour therapy in clinical psychiatry*, Penguin Books, Middlesex.
- PAVLOV, I. P. (1967) — *Psicopatologia y Psiquiatria*, Ediciones Morata, Madrid.
- RACHMAN, S. (1971) — *The effects of psychotherapy*, International Series of Monographs in Experimental Psychology, vol. 15, Pergamon Press, London.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975) — *Helplessness*, W. H. Freeman & Co., S. Francisco.
- SKINNER, B. F. (1970) — *Ciência e comportamento humano*. Editora Universidade de Brasília, Brasília.
- SHOBEN, E. J. (1960) — «Psychotherapy as problem in learning theory», in H. J. Eysenck (ed.) *Behavior therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 52-78.
- VAZ SERRA, A. S. (1979) — «A importância de não ser rejeitado: considerações clínicas a propósito de um caso com 'Ideias de Suicídio'», *Biblos* (aguarda publicação).
- VAZ SERRA, A. S. e LIMA, M. V. (1978) — «Quelques considérations cliniques au sujet d'un cas de névrose obsessionnelle-compulsionnelle», *Arch. Suisses de Neur., Neuroch. et Psychiat.*, 122 (1): 167-179.
- WATSON, J. B. e RAYNER, R. (1960) — «Conditioned Emotional Reactions», in H. J. Eysenck (ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 28-37.
- WILLIAMS, R. B. e GENTRY, W. D. (1977) — *Behavioral Approaches to Medical Treatment*, Ballinger Publishing Co., U.S.A.
- WOLPE, J. (1972) — «As bases experimentais de alguns novos métodos psicoterapêuticos», in A. J. Bachrach (ed.) *Fundamentos experimentais da psicologia clínica*, Herder, S. Paulo, pp. 701-727.
- WOLPE, J. e LAZARUS, A. A. (1966) — *Behavioral Therapy Techniques*, Pergamon Press, Ltd., London.
- YATES, A. J. (1960) — «Symptoms and symptom substitution», in H. J. Eysenck (ed.) *Behavior therapy and the neuroses*, Pergamon Press, London, pp. 22-27.