

A INTERPRETAÇÃO BEHAVIORISTA RADICAL DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

2011

Juliana Rominger de Sousa

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão, Brasil.

Psicóloga escolar no Centro Assistencial Elgitha Brandão, Brasil

E-mail:

ju_rominger@yahoo.com.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo explicar sobre a interpretação behaviorista radical dos transtornos de ansiedade. Para que isso seja possível, inicialmente, apresenta-se uma breve noção sobre o que são os transtornos de ansiedade e quais são os significados que envolvem o termo “ansiedade”. Posteriormente, especifica-se como a análise do comportamento, baseada nos pressupostos teóricos do behaviorismo radical, descreve o paradigma da ansiedade, e de que maneira o terapeuta comportamental deve intervir junto a seus clientes, nos casos de transtornos de ansiedade, a partir da consideração da ansiedade como um produto de contingências, e não como a causa de comportamentos.

Palavras-chave: Ansiedade, behaviorismo radical, contingências

Segundo Sadock e Sadock (2007), os transtornos de ansiedade compõem um dos grupos mais comuns de doenças psiquiátricas e produzem morbidade desordenada, uso frequente de serviços de saúde e comprometimento do desempenho em atividades cotidianas.

Os transtornos de ansiedade podem ser definidos pela literatura médica e psicológica através dos critérios de implicação de comprometimento ocupacional do indivíduo, envolvimento de um grau de sofrimento considerado significativo pelo indivíduo e presença de respostas de evitação e eliminação ocupando um tempo considerável do dia indivíduo (BANACO; ZAMIGNANI, 2005). Por isso, ressalta-se a importância de que os clínicos em psiquiatria, em psicologia e em outras especialidades estabeleçam o diagnóstico apropriado para que o tratamento possa ser iniciado tão logo seja possível.

De acordo com Banaco e Zamignani (2005), no cotidiano da clínica terapêutica, um número grande de eventos são descritos pelos clientes como envolvendo algum tipo ou grau de ansiedade. Assim, antes de se falar sobre o estabelecimento de um diagnóstico de transtorno de ansiedade, há que se compreender o que envolve o construto “ansiedade”.

Segundo Seligman *apud* Barbosa (2004), na época conhecida como “Idade da pedra”, a humanidade teve que enfrentar perigos reais e imediatos no seu cotidiano – como inundações e ataques de feras – e os indivíduos que estavam mais alerta tendiam a ver mais rapidamente o perigo que se aproximava, tendo, portanto, maiores chances de sobrevivência. Assim, o comportamento de preocupar-se, de antecipar o perigo, acabou sendo selecionado dentre outros comportamentos diante de situações que envolviam perigo.

A ansiedade, portanto, nem sempre funciona de maneira tal a resultar em queixa por parte de quem a apresenta. Barbosa (2004) busca explicar de forma simplificada como a ansiedade, de um “alarme” que possibilita aos indivíduos planejar suas ações, pode passar para um “alarme” que paralisa os indivíduos. Como estabelecer um limite entre a ansiedade “comum” e a ansiedade que extrapola?

Para tanto, Barbosa (2004) utiliza os termos “boa” e “má” ansiedade. Nesse sentido, a “boa” ansiedade seria proporcional às dificuldades e promoveria um enfrentamento saudável; já a “má” ansiedade seria desproporcional à dificuldade e/ou improdutiva diante das dificuldades.

Nesse sentido, é possível compreender que o limite entre os dois “tipos” de ansiedade reside na intensidade e frequência das respostas ansiosas diante de um estímulo futuro de determinada natureza.

Banaco e Zamignani (2005) afirmam que o termo “ansiedade” costuma surgir, na clínica terapêutica, referindo-se a eventos bastante diversos, tanto no que diz respeito a estados internos do cliente, quanto a processos comportamentais que produzem esses estados internos. Muitos eventos descritos como agradáveis podem implicar em um sentimento de ansiedade, principalmente quando envolvem espera. Entretanto, é principalmente quando a ansiedade se refere à relação do indivíduo com eventos aversivos em suas múltiplas possibilidades de interação, que ela adquire o *status* de queixa clínica.

A ansiedade apresentada como queixa tem sido definida, de maneira geral, como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção - o medo. Esse estado emocional, segundo Gentil *apud* Banaco e Zamignani (2005), é geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, como já citado anteriormente, é considerado desproporcional a uma ameaça real. O desconforto presente na ansiedade costuma ser descrito pelo senso comum por meio de sensações físicas tais como “frio na barriga”, “coração apertado”, “nó na garganta”, “mãos suadas” e é, além disso, é constantemente relacionando nas queixas com uma espécie de “efeito paralisante”.

A partir das considerações gerais enunciadas acima sobre a ansiedade e os transtornos de ansiedade, é possível apresentar uma análise das variáveis envolvidas nos quadros em que a ansiedade é apresentada como queixa clínica, a partir dos pressupostos teóricos do behaviorismo radical de Skinner.

Banaco e Zamignani (2005) afirmam que, como o componente “antecipação” do estímulo aversivo é necessário para a definição da ansiedade, é possível apelar para o conceito de estímulo aversivo condicionado (ou pré-aversivo). Dessa maneira, estímulos habitualmente neutros para a resposta de medo, se forem seguidos consistentemente por estímulos aversivos incondicionados, passarão a adquirir, eles próprios, propriedades aversivas e poderão eliciar respostas semelhantes ao medo.

Segundo Guilhardi e Queiroz (2001), a análise do comportamento, baseada nos pressupostos teóricos do behaviorismo radical, descreve o paradigma da ansiedade da seguinte maneira: um estímulo sinaliza a apresentação de um estímulo aversivo, e não há comportamento de fuga-esquiva possível, produzindo, na presença do estímulo pré-aversivo, estados corporais e supressão de comportamentos operantes vigentes. O estado corporal sentido sob estas condições pode ser chamado de ansiedade.

Assim, de acordo com Guilhardi e Queiroz (2001), cabe ao terapeuta levar o cliente a compor o paradigma completo da ansiedade em sua vida; a identificar como os eventos adquiriram as funções aversivas e porque ele não apresenta um repertório eficaz de fuga-esquiva.

Skinner, em 1935, introduziu o conceito da análise funcional, que procura entender o comportamento a partir das variáveis que o determinam e das conseqüências que ele provoca (IGNÁCIO, 2004). Segundo Ignácio (2004), a análise funcional é de grande valia na clínica, pois é uma ferramenta que o terapeuta comportamental tem para identificar e detalhar as circunstâncias que desencadeiam o problema do seu cliente e as conseqüências que o mantém, e, com isto, levantar alternativas de intervenção para as mudanças necessárias.

De acordo com Ignácio (2004), para estabelecer uma análise funcional a mais precisa possível, o terapeuta comportamental deve ter uma compreensão do universo do cliente, se utilizando, para tanto, dos recursos disponíveis, tais como entrevistas, observação do comportamento verbal e não-verbal do cliente na relação terapêutica, entre outros. Ignácio (2004) fala ainda que o terapeuta deve, na realidade, fazer uma microanálise para identificar as relações contingenciais responsáveis pela manutenção do problema específico do cliente, e uma macroanálise para conhecer a sua história de vida e o seu processo de aprendizagem e, conseqüentemente, poder compreender como formatou sua visão de si mesmo e do mundo que o rodeia.

A importância apontada por Ignácio (2004) de que seja feita uma macroanálise da história de vida do cliente pode ser explicada pelo fato de que apesar de alguns estímulos reforçadores

serem universais, as histórias de condicionamento não o são, e os reforçadores adquirem funções específicas de acordo com essas histórias (IGNÁCIO, 2004).

Segundo Banaco e Zamignani (2005), para uma análise ainda mais precisa, é necessário também considerar as chamadas operações de motivação, que explicam as diferenças entre situações e, algumas vezes, entre indivíduos no responder perante determinados estímulos. Essas variáveis têm sido denominadas “operações estabelecedoras”. Estas são operações que estabelecem e /ou alteram os valores reforçadores de determinados estímulos. Exemplos dessas operações são a privação e a estimulação aversiva.

A privação é uma operação que aumenta a probabilidade de emissão de respostas que produzam o estímulo reforçador do qual o organismo está privado (mesmo que esta resposta envolva estimulação aversiva). Assim, se os poucos reforçadores ambientais disponíveis se originam das conseqüências às respostas ansiosas (como cuidado e atenção especial, isenção de responsabilidades, proximidade dos familiares), este padrão tenderá a se manter (BANACO; ZAMIGNANI, 2005).

Banaco e Zamignani (2005) afirmam ainda que, caso um indivíduo esteja exposto a um ambiente rico em estimulação aversiva, haverá uma condição crônica de interações que produzem respostas de ansiedade e esquiva, além de baixa probabilidade de ocorrência de respostas que produzam reforçamento positivo, reduzindo a variabilidade e produzindo estereotipia da resposta. Se essa condição ambiental não for considerada no processo terapêutico, não levando assim ao desenvolvimento de um repertório que produza interações menos aversivas, a fonte de ansiedade continuará presente e, por conseguinte, todo o quadro retratado.

Retornando ao papel da microanálise, segundo Guilhardi e Queiroz (2001), a identificação das contingências atuais que produzem os comportamentos é importante para que o terapeuta possa ajudar o cliente a discriminar a contingências das quais seu comportamento é função e, a partir de então, produzir a alteração dos seus sentimentos e do seu padrão comportamental.

Quando Guilhardi e Queiroz (2004) explicam que é necessário primeiro discriminar as contingências para posteriormente alterar os sentimentos, se baseiam na afirmação já lançada por Skinner (1991), que diz que “comportamentos perturbados são causados por contingências de reforçamento perturbadoras, não por sentimentos ou estados da mente perturbadores, e nós podemos corrigir a perturbação corrigindo as contingências”.

Skinner apud Guilhardi e Queiroz (2001) afirma ainda que para cada estado sentido e designado pelo nome de um sentimento existe um evento ambiental anterior do qual esse estado é produto, e a terapia comportamental se interessa mais pelo evento antecedente do que pelo sentimento, porque são as contingências antecedentes que determinam os sentimentos e então, ao lidar com elas (e somente desta forma), pode-se influenciar os sentimentos.

Dessa maneira, segundo Guilhardi e Queiroz (2001), as queixas dos clientes, que geralmente incluem seu estado corporal de ansiedade e suas dificuldades em emitir determinados

comportamentos, são apenas um elo (o intermediário) da tríplice contingência. Faltam a identificação dos eventos antecedentes e conseqüentes para a composição das contingências imediatas, e a elaboração do contexto mais abrangente (macroanálise).

Segundo Matos apud Barbosa (2004), de acordo com essa visão da ansiedade como um elo da tríplice contingência, para o analista do comportamento, não existe comportamento patológico. Se o comportamento em questão ocorre, é porque é de alguma maneira funcional.

Por isso, segundo Barbosa (2004), como não trata o comportamento como patologia, a análise funcional não é necessariamente um método de intervenção para mudança de comportamento, mas uma proposta terapêutica de habilitar o cliente a pensar e analisar suas dificuldades a partir do modelo de contingências. Fazer análise funcional significa, para o terapeuta comportamental, identificar as variáveis contextuais, antecedentes e conseqüentes dos comportamentos, considerando os aspectos funcionais e topográficos das respostas. É também procurar identificar a função de uma determinada resposta, definindo que contingências estão mantendo este ou aquele comportamento.

De acordo com Ignácio (2004), a partir da análise funcional, o terapeuta comportamental deve então intervir explicando e demonstrando ao cliente como funciona a relação entre suas respostas e o seu ambiente. Com isto, o terapeuta possibilita o início de um processo de “conscientização”, possibilitando ao cliente que passe a entender suas dificuldades e a perceber que elas são passíveis de predição e controle e que não estão sujeitas ao “destino”. No caso específico do transtorno do pânico, por exemplo, é comum os pacientes acreditarem que estão ficando loucos e que vão perder o controle, pois não conseguem identificar de onde surgem seus sentimentos de catástrofe iminente.

Assim, segundo Guilhardi e Queiroz (2001), a partir do momento em que o cliente for capaz de descrever as contingências em operação, ele terá a possibilidade de alterá-las. O processo de conscientização por parte do cliente consiste no fato de ele poder descrever as contingências sob as quais se comporta, incluindo os comportamentos e sentimentos produzidos por elas. Consiste ainda em, a partir dessa descrição, o cliente decidir (ou não) alterar as contingências em vigor, substituindo-as por outras mais adequadas, e observando as mudanças comportamentais e os sentimentos a elas associados, como fruto das novas contingências.

REFERÊNCIAS

BANACO, R.; ZAMIGNANI, D. **Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade.** *Rev. bras.ter. comport. cogn.* [online]. jun. 2005, vol.7, no.1 [citado 24 Outubro 2008], p.77-92. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo>.

[php?script=sci_arttext&pid=S151755452005000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.psicologia.pt/php?script=sci_arttext&pid=S151755452005000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 de outubro de 2008.

BARBOSA, C. Ansiedade: Possíveis intervenções na análise do comportamento. In: BRANDÃO, M.; CONTE, F.; BRANDÃO, F.; INGBERMAN, Y.; MOURA, C.; SILVA, V. & OLIANE, S. (Orgs.). (2004). **Sobre comportamento e cognição**: Vol. 13. (pp. 163-167). Contingências e metacontingências: Contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta. Santo André, SP: ESEtec.

IGNÁCIO, C. Análise funcional do transtorno do pânico. In: BRANDÃO, M.; CONTE, F.; BRANDÃO, F.; INGBERMAN, Y.; MOURA, C.; SILVA, V. & OLIANE, S. (Orgs.). (2004). **Sobre comportamento e cognição**: Vol. 13. (pp. 157-162). Contingências e metacontingências: Contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta. Santo André, SP: ESEtec.

GUILHARDI, H; QUEIROZ, P. Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: caso clínico. In: GUILHARDI, H.; MADI, M.; QUEIROZ, P. & SCOZ, M. (Orgs.). (2001). **Sobre comportamento e cognição**: Vol. 7. (pp. 257-268). Expondo a variabilidade. Santo André, SP: ESEtec.

SADOCK, B; SADOCK, V. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.