



REVISTA LUSÓFONA DE CIÊNCIAS  
DA MENTE E DO COMPORTAMENTO

AS PSICOTERAPIAS  
COMPORTAMENTAIS E  
COGNITIVAS NAS PSICOSES

---

Edgar de Gonçalves Pereira



## AS PSICOTERAPIAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS NAS PSICOSES

*Edgar de Gonçalves Pereira*

A questão das intervenções em crianças, adolescentes e adultos severamente afectados, quer com perturbações psicóticas, quer com outros síndromas com deficiência mental específica, perturbações estas enquadradas na designação de Perturbações Globais do Desenvolvimento, segundo o DSM-IV e o ICD-10, tem sido matéria de enorme controvérsia para as ciências do comportamento do fôro psicológico e médico, pelas múltiplas questões que levantam, e que em essência, se podem resumir assim: A primeira é desde logo, o que são essas perturbações, ou seja, como podem ser definidas e diferenciadas no seu diagnóstico; qual o seu conceito ?

A necessidade do aprofundamento deste problema ou um tratamento mais exaustivo do assunto, fogem ao âmbito específico do tema por ora tratado, mas aqueles que lidam diariamente com esses quadros clínicos, mesmo tendo em conta as tentativas de uso feitas através dos manuais antes referidos, e outros, e que consolidam em certa medida o estatuto do conhecimento científico no momento actual, caracterizando estas perturbações através de padrões de atraso e desvio no desenvolvimento de competências sociais, comunicativas e cognitivas, conhecem nas suas experiências, a insegurança e a dificuldade de afirmarem com objectividade os seus próprios pareceres diagnósticos, às vezes com percentagens de concordância abaixo dos 25%; ou seja, em cada 4 crianças, só 1 poderia ser aceite com uma validade elevada, como tendo tal perturbação; a inversa também tem sido verificada muitas vezes: Usando-se um conceito demasiado amplo, onde a validade de conteúdo pode ser questionada, várias perturbações muito semelhantes, acabam por ser tomadas para certos fins, como sendo todas são a mesma perturbação.

Daqui resulta que se tenha de fazer um muito maior esforço, para que o clínico, psicólogo ou médico (pediatra ou psiquiatra) se torne mais exacto nos conteúdos dessas definições, ou seja, mais preciso e capaz de entender o problema destas pessoas tal como ele é definido nosolologicamente, exactamente o problema que se pretende atingir ao tratar a pessoa do cliente.

Existe ainda uma quasi caótica imprecisão de definições e por isso, uma preocupação geral, só aqui ou ali reconhecida, da necessidade de uma melhor definição das designadas “perturbações globais do desenvolvimento”, e dentro destas, em especial, as psicoses desintegrativas e o autismo (Síndrome de Kanner), devido à grande

sobreposição de sintomas que se lhes reconhece.

Dentro deste último por ser mais conhecido, mas nos outros síndromas também, o que se tem tornado mais visível é, provavelmente, a existência de um espectro de expressões sintomáticas diferenciadas, ou sejam, diferenças nas manifestações de certos agrupamentos de comportamentos, face a outros; esta situação previsível, tem colocado ao diagnóstico diferencial já de si prejudicado pela descrição nosológica, as mais sérias reservas.

Em si mesma, esta dificuldade e o estado de conhecimentos actuais, ainda apesar de tudo, muito superficial, vem dificultar a execução de desejáveis diagnósticos diferenciais, levando alguns autores ao uso da noção de espectro autista, empregando o conceito de um dos síndromas, o do autismo, para designar uma série de outros para os quais, os manuais de classificação, exigem já diagnóstico diferencial.

A segunda questão controversa, espaço de maiores desencontros do que de desejáveis concordâncias, cruza-se no problema da etiologia destas perturbações, levando por vezes, muitas vezes ainda admita-se, uns e outros a falar, como se de um mesmo nível se tratasse, de “causas da doença” versus “causas dos comportamentos” disfuncionais que caracterizam essas alterações do desenvolvimento, e isto podendo implicar ou não, um infindável rol de factores etiológicos orgânicos.

Muitos de nós, talvez hoje em dia a maior parte, sabe que já não é possível conceber as expressões do comportamento humano, como que determinadas por um grupo exclusivo de factores, sejam biológicos ou psicológicos, e que apenas num quadro de referência que inclua aspectos determinantes antecedentes (que criam as condições para a ocorrência de respostas biológicas e psicológicas), aspectos determinantes mediacionais, (orgânicos e psicológicos) e aspectos determinantes consequentes (que criam a probabilidade de emissão dessas mesmas respostas) ...só num quadro desses dizia, se encontra uma conjugação de entendimentos, provavelmente mais compatível com esse real fugidio que é a pessoa, no seu todo! Isto mesmo que alguns desses determinantes possam ter de facto, uma função predominante.

Apesar disto, persistem as viscosidades ou ancoragens, às vezes quase que religiosamente, a conceptualizações mais sectoriais e, consequentemente, mais simplistas, conceptualizações estas com primados exclusivistas de apenas um grupo destes factores.

As causas dos comportamentos não se esgotam nos factores etiológicos orgânicos ou mediacionais psicológicos; falar em causas dos comportamentos, desadaptados ou não, obriga a perspectivas mais abrangentes que incluem, além daquelas, todas as variáveis com as quais o organismo está em constante transacção, ou

causas multifactoriais.

Uma terceira e última questão, nesta síntese, não a menor como é óbvio, mas a que interessa a um maior grupo de pessoas, a técnicos e não-técnicos, questão esta, aliás, intrinsecamente dependente das outras duas anteriores (conceito diagnóstico e causas dos comportamentos), a questão dos tipos de terapia que podem ser oferecidos, considerando os conhecimentos que actualmente se detém.

Terapar, permita-se a síntese, é proporcionar ajuda profissional (ou seja, proceder a acções específicas, usando certos instrumentos (...conceptuais, materiais e de práxis), a alguém cujo estatuto e processo de funcionalidade adaptativa ao meio, sofreu e sofre sérios reveses para si próprio e para os que com ele interagem, manifestando: Dificuldades por excesso e/ou defeito; emocionalidades por excesso e/ou defeito ou dôr física e/ou psicológica (vulgo, sofrimento).

Mas terapar pressupõe na sua melhor acepção, produzir esse efeito de uma maneira previsível e portanto, controlada, entendendo-se e controlando, com a certeza que for a melhor possível, os acontecimentos que induzem e que facilitam a mudança desejável.

Ora, é neste cruzamento de infindáveis dificuldades e complexidades que os vários teóricos e clínicos se estusiasmam na oferta de acções diversas, onde quase “cada cabeça, sua sentença”, e por isso, com probabilidades de utilidade interessantes mas muito variadas.

No que respeita às referidas patologias graves das Perturbações Globais do Desenvolvimento, como as que referi de início, e que perduram com as suas características fundamentais ao longo da vida, quero destacar aqui, em particular de entre as várias referidas na figura 1, as situações do Autismo (S. Kanner) e da Perturbação Desintegrativa da Infância, antiga psicose de Heller.

Não se pretendendo por ora, como disse, um desenvolvimento das questões diagnósticas quanto à sobreposição e/ou diferenciação de alguns destes síndromas, convém sublinhar que estas condições têm o seu estabelecimento nos primeiros anos de vida, introduzindo disrupções em diversos processos desenvolvimentais, estando sempre associados com o atraso mental, mesmo nos casos de nível de funcionamento elevado; diferem no entanto desses quadros gerais de atraso intelectual, e das perturbações específicas da linguagem e outras, no sentido de que os aspectos comportamentais e padrões de desenvolvimento, verificam-se em múltiplas áreas, são clinicamente diferentes, e não são apenas expressão desse mesmo atraso de desenvolvimento, podendo o autismo ser considerado uma deficiência mental específica e a perturbação desintegrativa, uma psicose, ou seja uma afectação da organização

estrutural, coerente, do *eu*..

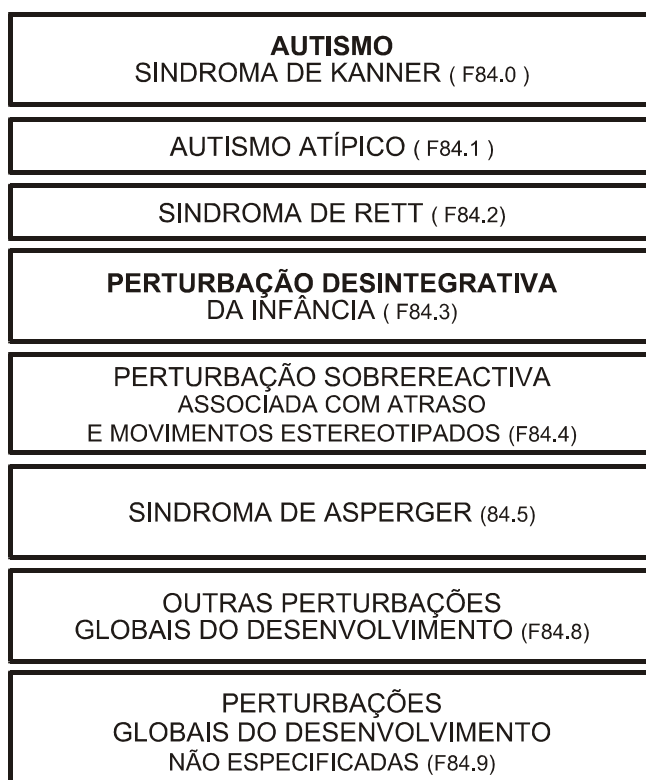


Fig.1 - Categorias diagnósticas para as Perturbações Globais do desenvolvimento, segundo o ICD 10

Quanto ao autismo, o termo psicose dificilmente pode ainda ser usado, e se o for, somente em termos descritivos muito amplos; o termo, como se sabe, é aplicado a quaisquer perturbações severas nas quais a pessoa afectada perde contacto com a realidade.

Mais recentemente esta terminologia tem sido revista, devido à noção implícita no conceito de psicose, da existência de um processo pré-mórbido; ou seja, no autismo a pessoa não perde contacto com a realidade; ela não tem esse contacto desde logo, ao que parece, do modo como outros o teriam. Trata-se mais tipicamente de um déficit cognitivo específico que não impede obrigatoriamente, uma "total" perda de contacto

com a realidade

O diagnóstico diferencial inclui naturalmente considerações sobre as outras PGD, mas em síntese sobre estes dois distúrbios, poderia ser referido o seguinte, conforme destacado na figura 2:

No Autismo o estabelecimento dos comportamentos que o definem, surge dentro do 1º ano de vida, onde são evidentes respostas pouco usuais às estimulações ambientais, não-sociais e sociais; existe um atraso ou desvio do desenvolvimento da linguagem, e sobressaem respostas estereotipadas, sobretudo em situações de entretenimento e/ou de excitação emocional positiva ou negativa.

Na Perturbação Desintegrativa, há um “longo” período de desenvolvimento normal (+/- 2,5 / 3 anos), seguido por uma marcada regressão evidenciada em diversas áreas; desenvolvem-se conjuntos de comportamentos de comunicação verbal e não-verbal desadaptados, contacto social incoerente e dismórfico, e tendência à



Fig.2 - Diferenças diagnósticas para as Perturbações do Autismo e Perturbação Desintegrativa da Infância

perseveração de comportamentos cobertos (interesses) e outros comportamentos abertos.

A escolha deste tema ao debruçar-se primariamente para a infância, advém do interesse de se poder actualmente, potencializar a actuação preventiva em despistes precoces e juntamente com a família; resulta também, por outro lado, da grande complexidade e consequências devastadoras com que estas 2 perturbações se evidenciam, e portanto, as grandes dificuldades e exigências que colocam a todas as práticas de intervenção, quaisquer que sejam.

Mais ainda, entre outras alterações comportamentais relativamente infrequentes, mas da mesma área nosológica como se viu antes na Fig.1 (Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Autismos atípicos, Perturbação Global do desenvolvimento Sem Outra Especificação, etc.), têm sido talvez, aquelas, as que apresentam resultados de prognóstico e de readaptação mais pobres; as mais geradoras de desentendimentos, e as que no geral, supostamente, impõem responsabilidades excepcionalmente difíceis de gerir, quer a Pais, quer a profissionais, como quando se trata de procurar “o melhor que se pode fazer”, ou “a melhor intervenção”.

A este propósito pretendo destacar, que se a questão for assim, tal e qual, formulada, usando o conceito de “melhor”, não pode ser respondida; não se pode facilmente responder qual é! É que, as intervenções se forem científicas (i.e., baseadas numa estrutura ideológica que adopte os princípios do determinismo, observabilidade, operacionismo, testabilidade, experimentação controlada e replicação independente), as intervenções assim baseadas, repito, não são melhores ou piores; as intervenções científicas baseadas nessas estruturas ideológicas, não são mais ou menos inteligentes; ao contrário, as intervenções poderão ser sim, mais ou menos parsimoniosas; poderão produzir mais ou menos efeitos previsíveis.

Assim, a tónica deve ser colocada no haver intervenções científicas, provavelmente mais úteis, ou seja, com meios conceptuais e de acção, que potencialmente controlam melhor os erros ou desvios possíveis (erros de aproximação ao real; desvios de objectivos e de métodos para fazer os efeitos desejáveis na pessoa, no cliente ou paciente).

Muitas destas crianças, adolescentes e adultos, foram variadas vezes observados a partir de modelos de interpretação psicopatológica, cuja etiopatogenia assumia como causa primária dos seus comportamentos anómalos, uma perturbação emocional provinda dos pais, especialmente das mães, que “subconscientemente” (ou “inconscientemente”) rejeitariam essa, aquela gravidez ou criança em particular, ou desenvolveriam meios de interacção social patogénicos, como disse Kanner (1943).



Portanto, aí os comportamentos anómalos ou os sintomas, estavam conceptualizados em função de causas internas ou traumas emocionais, estabelecidos nas relações com os contextos sociais.

Em função disso, como concepção de intervenção há anos atrás, era facilmente recomendada a retirada destas crianças das suas famílias, sendo colocadas em espaços terapêuticos que pudessem suprir essas falhas, oferecendo-se estes espaços, nas pessoas dos seus terapeutas, como “boas mães”.

Estes procedimentos, não só eram vistos como necessários, mas uma componente essencial do processo de tratamento, já que, esta acção, permitiria às crianças abandonarem as suas “defesas psicóticas”, reaprendendo a lidar com mais e melhor confiança, com outras pessoas significativas dos seus novos meio-ambientes.

Enfatizaram-se posteriormente modelos terapêuticos mais individualizados, que não introduziam este profundo corte com a família; tentavam-se aí desenvolver vínculos positivos entre terapeuta e criança, e através dos actos lúdicos da mesma e procedia-se à interpretação dos significados simbólicos dessas acções.

Alguns programas pretendiam mesmo fazer regredir a criança a estados psicosexuais e experiências precoces, como fazer a criança acompanhar ritmos idênticos aos batimentos cardíacos in utero, para repor, na sua experiência agora, o que estava supostamente mal ou falho, anteriormente.

Prescrevia-se aos pais, terapia individual e/ou de grupo.

Entre outras, tornaram-se exemplo de intervenções dentro desta perspectiva clássica, a terapia pelo jogo de Des Lauriers (1978), que fornecia experiências estimulantes, com intenção de serem suficientemente intensas, para fazer a criança “desbloquear” e ultrapassar os déficits que demonstrava.

Nada aí era ensinado especificamente à criança, mas esta era encorajada a partilhar interacções pessoais muito estimulantes.

Naturalmente que outros autores dentro destes mesmos modelos, evoluíram para práticas e concepções mais modernas, apesar de não abandonarem o seu pressuposto básico, ou seja, a dum profundo trauma emocional latente na criança, causado pelos progenitores, contra o qual a criança lutava e se defendia, ensimesmando-se, tornando-se por isso, incoerente e disruptiva na sua adaptabilidade, ou seja, psicotizando-se mais ou menos, de um modo ensimesmado ou, autista.

Ser-me-ia fácil destacar apenas o que suponho serem os méritos do modelo comportamental que desejo fazer salientar; mas tal não seria justo e revelaria o pouco à vontade, indesejável, com que se lida com o conhecimento dos “outros” (modelos); pelo contrário, nas ciências do comportamento, a serem interpretadas, deve-se estar aberto

às considerações de outros modos de entender, apesar de regrados por outra epistemologia; dir-se-á mesmo que o comportamentalismo pode sentir-se á vontade para dialogar com outros modos de interpretar o homem, sendo muito mais em si mesmo, um processo, um continente para quaisquer conteúdos postulados.

O organismo humano não consegue escapar a essa força poderosa, a essa influência omnipresente e omnipotente dos meio-ambientes sobre si (meios interno e externo).

Onde estão terapeuta e terapeuta, homem e mulher, criança e adulto ou criança e criança, ou tão só e apenas o homem consigo mesmo que, ao comportarem-se, deixem de estar sujeitos aos efeitos destes determinantes que refiro? Se pela impossibilidade que daqui resulta, estão sujeitos a esses efeitos, como não os ter em conta?

Não é só o comportamentalismo, naturalmente, que coloca hipóteses interessantes; mas regra geral, é o comportamentalismo, que pela sua epistemologia, mais do que outras epistemologias de teorias psicológicas sobre esse mesmo objecto - homem, que operacionaliza e controla com cuidados extremados as suas asserções teóricas, e por isso, destaco, com melhor controlo e potencial menor probabilidade de erro.

Deve-se pois esclarecer, que não se pretende argumentar sobre o facto de que muitas das variáveis centrais a estas explicações psicogénicas e outras, sejam irrelevantes; deve-se sublinhar aqui, por isso, o interesse de algumas das variáveis enunciadas pelo modelo médico (modelo da doença), pelo modelo médico psicológico, ou pelos modelos cognitivistas.

A não responsividade e punitividade parentais, e os consequentes processos complexos de aprendizagens discriminativas cobertas e abertas face a essas contingências, têm nos modelos da aprendizagem, óbvias e profundas leituras, influências e, portanto, consequências.

A questão transporta-nos, isso sim, para outras considerações acerca do modo de conceber diferente, que procurarei aprofundar melhor mais à frente, mas que outros o fizeram já com elevada propriedade e sabedoria.

Outro tipo de intervenções, dentro dos modelos habitualmente em uso nestas perturbações, são as de natureza e concepção biológica do modelo médico orgânico, ou sejam os comportamentos em função de causas internas = patologias orgânicas.

O progressivo reconhecimento de que alguma disfunção cerebral orgânica, e não uma condição emocional, estaria na base da perturbação de muitas destas patologias infantis, e do autismo também, levou a uma vasta procura de causas bioquímicas e genéticas, e a uma oferta de diversificadas intervenções biológicas, sendo

habitualmente mais usados os diversos agentes farmacológicos conhecidos tais como: Anti-convulsivos, Antipsicóticos típicos e atípicos para regulação de funções mentais e controlo da agressividade; Neurolépticos -para redução de comportamentos agressivos, hiperactividade e estereótipos; Estimulantes ou Anfetaminas -para redução da hiperactividade e melhoria de atenção; Antidepressivos tricíclicos e outros -para redução de comportamentos obsessivo-compulsivos e sintomatologia depressiva; Beta-bloqueadores -para agressões /ansiedades; Lítio -para actividades agressivas cíclicas; Fenfluramina - para diminuição dos níveis de serotonina; Antagonistas opiáceos - usados na medicina comportamental, para o controlo das auto-mutilações; Megavitaminas, como suporte para um metabolismo e funções cobertas melhor conseguidas.

É do consenso geral, porém, que nem todas estas pessoas necessitam e, como em tudo, nem todas beneficiam destas intervenções, havendo por vezes, as dificilmente evitáveis reacções contrárias, co-laterais, como alergias específicas e abaixamento do limiar convulsivo em pessoas com predisposição, situações que os técnicos na área da medicina procuram controlar de um modo eficaz.

Apesar dessa inconveniência, e de nunca serem o único tratamento, não constituindo o modelo de intervenção fundamental ou básico, devem os químicos ser encarados sempre que necessário, como parte coadjuvante das intervenções terapêuticas psicológicas; além deste aspecto, e com base na recolha de resultados sobre a disfunção orgânica, fazem-se nesta área esforços para tornar conhecidas estruturas que impõem limitações à mediação que influencia os comportamentos/funcionamentos do ser humano.

São, naturalmente, epistemologias e conhecimentos complementares, e desde logo, parceiros essenciais.

Avanços significativos no tratamento destas pessoas, só se tornaram mais evidentes quando as intervenções referidas, ou sejam os modelos médico psicológico e o biogénico, baseados ambas no modelo da doença, foram ultrapassados nos resultados quando comparados com aqueles provenientes do modelo psicológico ou comportamental, exactamente nas mudanças dos comportamentos perturbados.

Nesses modelos anteriores, caracterizados pelo pressuposto básico de uma etiologia dos comportamentos a partir de um locus ou causa imediata interna, como se viu, e em conformidade com esse pressuposto, o ênfase terapêutico vem sendo feito na procura e identificação da “doença” interna, como é o caso sobretudo dos modelos psicodinâmicos, cognitivistas estruturalistas e outros, tentando inferir e conceber entidades, às vezes mesmo, teorizar, as suas funcionalidades supostas, a partir do comportamento desviante, mas com marcada independência das restantes variáveis

que controlam esses mesmos comportamentos.

Os tratamentos são então objectivados para remediar uma inferência de algo mediatizado, e os comportamentos das pessoas em apoio, não melhorarão, subentenda-se, até que os distúrbios internos sejam tratados; ou quando melhoram, isso torna-se a evidência e prova de que os distúrbios internos foram tocados.

No que respeita às ciências psicológicas do comportamento ou o comportamentalismo, está aí implícita a tautologia que traduz os problemas epistemológicos graves do mentalismo, fase que as epistemologias comportamentais defendem ter de se ultrapassar.

Radicalmente oposto a estes modelos, o modelo comportamental, em sentido lato, ou do comportamentalismo analítico, ou seja aquele que inclui os fenómenos cobertos como passíveis de entendimento à luz da análise funcional do comportamento, é fundamentalmente caracterizado pelos seus pressupostos quanto ao locus externo, como causa da perturbação dos comportamentos, sendo a sua maior contribuição talvez, a pressuposição àcerca da natureza do tratamento.

Aqui a *causa imediata* dos comportamentos são os seus determinantes antecedentes, mediacionais e consequentes, sendo o orgânico apenas e tão só causa mediata.

Nenhum comportamento é causado imediatamente pelo orgânico, mas só mediatizadamente.

Recorde-se como dizia Bruner (1990), que esse biologismo, não sendo a causa única da acção, é uma constrição sobre ela, a acção; uma condição para ela, a acção.

Per natura, nenhum comportamento aberto e coberto acontece sem estar continuamente sob o efeito de determinantes antecedentes e consequentes.

Ainda, uma epistemologia de natureza comportamental, não separa emoção e cognição como entidades distintas do conceito de comportamento.

As razões que explicam a aquisição e manutenção do comportamento, seja adaptado ou desadaptado, tornam-se deste modo as responsáveis pela explicação da sua diminuição ou extinção.

O tratamento não é assim um processo curativo, orientado para “a doença”, mas processo complexo de reaprendizagem ou de aprendizagem a partir de déficits ou de excessos comportamentais manifestados pela pessoa.

Se o orgânico está falho, naturalmente que o processo de mediatização não se processará da melhor maneira, e essas variáveis, quaisquer que sejam, são tidas em conta como variáveis determinantes mediacionais; com todo o seu poder influente aí a esse nível, mas igualmente com todas as suas limitações!

O tratamento torna-se antes um processo de aprendizagens prescritas à criança para que possa fazer melhor a sua participação na comunidade natural, passando a poder expressar cada vez mais adequadamente comportamentos, comportamentos esses, que se tornam necessários para que realize melhor os seus potenciais cobertos, abertos e emocionais, vulgo potenciais intelectuais e afectivos, tudo isto, porque se tem em conta, sublinhe-se novamente, o entrelaçamento denso dos determinantes antecedentes, mediacionais e consequentes.

Se eles estão lá, no real, nas transacções organismo/meio (interno e externo), se invariavelmente produzem alterações no comportamento mais privado ou público, como inevitavelmente se reconfirma experimentalmente, apesar dos diferentes nomes e níveis de atenção que outros lhes dispensam, como se pode não os ter em conta, ou alternativamente, tê-los “levemente” em conta, como se só “levemente” lá estivessem?

Torna-se talvez interessante para os mais cépticos, ou até aqueles cuja não concordância com o comportamentalismo é feita através de uma retórica, tipicamente caracterizada mais no estilo do que em substância, e usualmente acompanhada por “desinformações” intencionais ou acidentais, torna-se interessante, reafirmo, parafrasear as palavras de Skinner (1963), que afastaram definitivamente dúvidas sobre uma suposta superficialidade das teses comportamentais, ou a sua limitação, atendendo apenas a certos estímulos externos, quase como que despersonalizando o homem como entidade central: É particularmente importante que uma ciência do comportamento confronte o problema da privacidade. Ela pode fazê-lo sem abandonar a posição básica do comportamentalismo.

As ciências falam muitas vezes acerca de coisas que não podem ver ou medir; uma ciência do comportamento adequada deve considerar acontecimentos que ocorrem dentro, para além da pele do organismo, não como mediadores fisiológicos do comportamento, mas como comportamentos em si mesmos; ela pode lidar com estes acontecimentos sem assumir que eles têm uma qualquer natureza especial, ou que devem ser conhecidos através de quaisquer modos especiais, ou seja, de uma natureza diferente e distinta da natureza dos outros fenómenos comportamentais; a pele não é assim tão importante como fronteira; limite. Os acontecimentos privados e públicos têm as mesmas espécies de dimensões físicas.

Assim, as pessoas com estas alterações comportamentais podem, se convenientemente orientadas, aprender a adaptar-se mais eficazmente aos seus meio-ambientes, (para algumas, certamente fazendo-o com enormes dificuldades), mas desde que sejam criadas condições facilitadoras.

As relações com os seus meios físicos e/ou sociais, passaram a ser então as

áreas de análise e de intervenção privilegiadas, definindo-se e manipulando certas variáveis, porque sobre elas há uma cuidada operacionalização.

Estas novas concepções, afirmando-se pela sua importância e utilidade, não suscitam tão directamente e facilmente alguns valores estéticos como outras prosas ou referências mais encantadoras, e, dada essa essência, não é fácil tornarem-se matéria de aprofundamento pelos profissionais no seu geral; no entanto, em termos de comunidade científica internacional, não é sensato falar em intervenções clínicas nestas perturbações, sem destacar os estudos que anunciaram já resultados deveras interessantes e polémicos, porque fizeram algumas destas pessoas atingir níveis de aprendizagem adaptativa, antes nunca alcançados.

São exemplos recentes deles os de Lynch (1998); de Koegel et al. (1998); de Reese e colegas (1998), etc., mas em especial as investigações de Lovaas (1987), com jovens crianças com estas perturbações graves, intervenções planeadas para uma duração de 3 anos, com cerca de 40 horas de trabalho semanal, portanto uma terapêutica intensiva, e cujos resultados, em resumo, permitiram que cerca de 90% das crianças do grupo experimental evidenciassem melhorias significativas no funcionamento intelectual, e que fossem enquadradas em meios educacionais “menos restritivos”, regulares, isto quando comparadas com os participantes nos grupo de controlo.

Estas práticas pareceram produzir funcionamentos intelectuais muito próximos dos normais, em cerca de 50% de jovens crianças com autismo e perturbações semelhantes, e funcionamentos intelectuais acima da média nestas mesmas crianças, no início da adolescência, assim como comportamentos adaptativos e funcionamento pessoal quasi-normal, segundo as referências dos próprios pais. Todas elas diagnosticadas como tendo Perturbações Globais do Desenvolvimento.

Estes resultados devem pois ser tentados e replicados por outros técnicos para melhoria dos desenvolvimentos ou adaptações em muitas outras crianças que poderão ser beneficiadas.

Como consequência, considerando o conjunto de enunciados que referi, que propostas se podem fazer então à luz deste paradigma ?

Aproveitarei para esquematizar na Figura 3, destacando o que se considera serem os núcleos essenciais, com conteúdos específicos, como suporte desse complexo processo de aprendizagem, potenciando formas de adaptação cada vez mais complexas:

1º Núcleo: Relação Assertiva

Esta é a primeira área de atenção: A do estabelecimento de uma relação

emocionalmente gratificante entre terapeuta e terapado.

Inicialmente, pretende-se que se desenvolva uma estrutura de relações numa base predominantemente individual para, cada vez mais, ela ser alargada a outras pessoas significativas e a outros contextos.

Essencialmente ela radica nos pressupostos da asserção comportamental, ou sejam, em sùmula:

Comunicação verbal e não-verbal directiva, descritiva ou interrogatória, mas não acusatória.

Com evitamentos de ansiedades desnecessárias, hiper-reactivas, no acto relacional;

Considerando os sentimentos pessoais do próprio terapeuta face à estrutura relacional que se começa a estabelecer com o terapado, assim como considerando as expressões de emocionalidades do terapado face à pessoa do terapeuta e ao processo em estruturação.

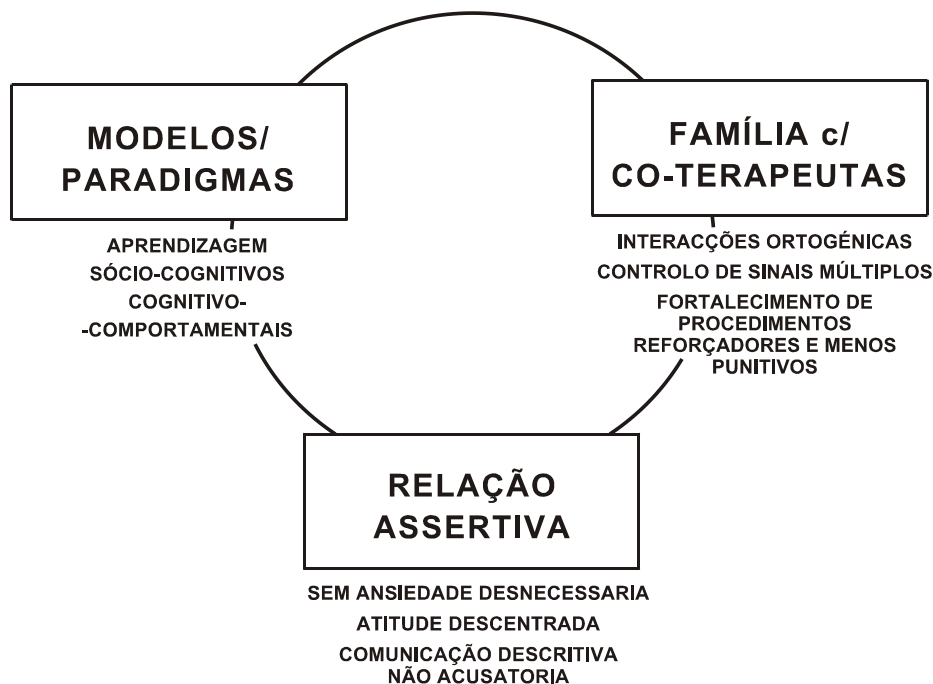


Fig.3 - Núcleos essenciais de suporte ao processo de aprendizagem para a Perturbação do Autismo

O terapeuta do comportamento é desejável que se torne alguém com quem a criança se sente bem; que proporciona que a criança experimente respostas emocionalmente gratificantes, ou seja, alguém que proporciona muitas situações reforçantes e, quando necessário, sempre que necessário, alguém que cria acontecimentos que diminuam a probabilidade de ocorrência de comportamentos da criança, quando se pense serem menos úteis à mesma, por diversas ordens de razões (ex.: dificultarem a aprendizagem de comportamentos adaptativos; dificultarem processos de aprendizagem do comportamento atencional).

É nesta dupla consistência que se baliza a sua actuação, criando, as condições para que os comportamentos desejáveis se vão tornando mais prováveis e, ao contrário, criando as condições para que os comportamentos menos desejáveis, se vão tornando menos prováveis.

É desse modo que, num sentido lato, se ama aquela criança, não se sentindo necessidade de demonstrar afectos por formas que pactuam negativamente com expressões comportamentais que, a médio e longo prazo, trarão potencialmente mais graves problemas à pessoa.

Não se prova nem mais nem melhor amor, por se agir fora deste dupla troca social, embora variável e flexível.

2º Núcleo: Os familiares como co-terapeutas.

Esta é outra das áreas de atenção fundamentais; é no seio das relações familiares, e não só, claro, que se estabelecem padrões de interacção que tendem a estruturar-se com facilidade pela sistemática repetição com que acontecem.

Criança e adultos, uns e outros, vão-se assim entretecendo numa teia de relações geradora de processos de significação, que há que apoiar e fazer desenvolver de um modo ortogénico, ou seja, gerador de interacções mais adaptativas; mas com facilidade os pais, familiares e técnicos, podem facilmente cair em excessos ou hiper-reacções desnecessárias, ou ao contrário, caírem na não persistência de certos modos de actuação; são viscosamente sugados para o reforço de comportamentos inadequados na criança; para a produção de sinais múltiplos (directivas, interrogativas, etc.) desnecessários; aprendem a praticar a ausência de reforço aos esboços ou esforços de comportamentos adequados dos seus filhos, ou os técnicos, às suas crianças em processo terapêutico; caem facilmente em actos dissuasores, punitivos, inadequados, onde muitas vezes se salta daquilo que a pessoa faz para aquilo que a pessoa "é" ou "tem", dimensionando a partir dos comportamentos, todo o sentido de adaptação / desadaptação ou, mais grave, do valor de pessoa.



É difícil fugir-se a estes alçapões poderosos, quando não somos levados a vê-los.

Por estas razões, a inclusão dos familiares e outros agentes na interacção social, torna-se vital, de maneira a que, estas crianças, possam generalizar os efeitos do tratamento. Para tanto são desenvolvidos os necessários apoios, providenciando aos familiares o ensino de técnicas que virão a ser empregues ao longo do processo de apoio à criança.

Em síntese, os familiares são instruídos em actuações básicas, de modo a que possam, eles próprios, adoptar este tipo de procedimentos, e se possível, manterem-no ou aprenderem a praticá-los para o resto das suas vidas, nas interacções com estas crianças.

Finalmente o 3º Núcleo: Paradigma/Modelo Psicológico da Aprendizagem - Aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais:

Formalmente, os métodos cognitivo-comportamentais, sobretudo no que respeita a certos comportamentos cobertos, não têm sido habitualmente usados como sendo o vector maior no tratamento das pessoas com estas perturbações graves (Lord, 1996).

Um conceito importante em algumas destas actuações é o sentido que parece poderem ter os comportamentos desadaptados dos jovens com estes síndromas, sendo melhor entendidos quando se percebem os seus significados: Ou seja, os comportamentos particulares das pessoas afectadas devem ser interpretados em termos dos contextos nos quais ocorrem, e da função que têm para a própria pessoa.

Assim, as pessoas afectadas com estes síndromas, ao manifestarem certos comportamentos, no geral, demasiadamente anormais, estariam a fazer tentativas de comunicação, que não conseguiriam expressar devidamente (Schopler & Reichler, 1971).

Esta concepção assim tem sido o sustentáculo de algumas intervenções nestas perturbações, em especial no autismo (Carr, 1977).

Mas as teorias essencialmente radicadas nos aspectos cobertos de natureza semântica, como as cognitivo-semânticas, cognitivo-comportamentais e outras (motóricas), mais do que procurarem fazer desenvolver grupos equivalentes de respostas funcionais, a partir dos referidos comportamentos desajustados, são fundamentadas em outro pressuposto, o de que os clientes possuem competências para produzir comportamentos cobertos e abertos de contacto, mas que, devido à sua compreensão ou expectativas da situação, ou seja, devido às suas capacidades discriminativas, acabam fazendo-o de modos menos adaptativos. O objectivo torna-se

nessas concepções, o da aprendizagem de diferentes comportamentos cobertos ou a rectificação de alguns deles (Spence, 1994).

Ora, esta concepção não é facilmente aplicável nestas perturbações, onde o estatuto funcional dos funcionamentos cobertos, assumem, claramente expressões que revelam déficits de competências sociais básicas, presentes nos desenvolvimentos ditos normais.

Conforme Lord (1996) sugeria, o problema para estes clientes, não é o de seleccionar um comportamento coberto apropriado, imagético ou verbal, com base numa compreensão racional da situação, mas antes a possibilidade de, numa primeira fase, ter acesso a esses mesmos comportamentos ou meta-cognições.

O uso das técnicas habituais, de cariz cognitivista, que requerem processos comportamentais cobertos de auto-avaliação, auto-instrução, estratégias de confronto e de reflexão, são na sua essência problemáticos para a aplicação nestas perturbações graves infantis (Kazdin, Colbus, & Stark, 1990).

No quadro destas limitações, e salvo casos muito mais competentes em termos de funcionamento coberto, mas que são excepção à regra como é o caso das pessoas com autismo de nível de funcionamento elevado ou as com síndrome de Asperger (que para efeitos diagnósticos não têm autismo), adoptam-se regra geral um conjunto vasto de procedimentos técnicos com base na manipulação de variáveis contextuais, primeiro fortemente orientadas pelo terapeuta e, posteriormente, conforme os casos e os avanços conseguidos, mais auto-manipuladas.

Pode ser útil enunciá-los, chamando a atenção para a noção que cada uma deles merece aprofundamentos e cuidados de aplicação, que na prática, devem fazer parte do repertório de comportamentos cobertos e abertos dos terapeutas do comportamento e dos co-terapeutas.

Como suporte estrutural ao processo de aprendizagem:

Técnicas de observação, registo e avaliação

Técnicas de controlo de estímulos determinantes antecedentes do comportamento (relação individualizada; estruturação de espaços; estruturação de objectos; estruturação de sequências intra / inter-actividades).

Como suporte da acção terapêutica:

Técnicas de ajuda específica (prompting)

Técnicas de moldagem (shaping)

Técnicas de aproximação sucessiva

Como acção terapêutica directa, propriamente dita:

Técnicas operantes p/ tornar mais prováveis comportamentos

(reforço+;reforço-)

Técnicas operantes p/ tornar menos prováveis comportamentos (extinção; técnica da prática + ; técnica do custo de resposta; técnica de exclusão sistemática; punição + / -).

Técnicas de modelagem (modelling)

Programas comportamentais e cognitivos

São desenvolvidas, para cada jovem, 4 áreas preferenciais de atenção programática, definindo-se objectivos comportamentais específicos, conforme o seu nível de adaptação ao meio, através de escalas de observação do comportamento.

São assim estruturados programas básicos, esquematizados na figura 4:

Programa 1- Desenvolvimento de competências psicológicas

Competências relacionais básicas

competências de coordenação sensório-perceptivo-motora

(c/ posterior participação social)

competências de imitação não-verbal

competências de imitação verbal

competências de discurso funciona

Programa 2- Desenvolvimento de competências de diminuição dos excessos do comportamento

Programa 3- Competências de auto-suficiência

controlo esfíncteriano

uso adequado de talheres (para se alimentar sozinho)

higiene pessoal

despir / vestir

comportamento social público

tarefas de actividades de vida diária

Programa 4- competências em tarefas pré-laborais

A partir de evoluções das respectivas curvas de aprendizagem, mais ou menos rigorosas em termos de critérios de sucesso, em cada uma das sub-etapas destas fases (Ex.: 80% / rc 3 x seguidas), podem ser desenvolvidos outros objectivos, conforme cada caso, atingindo comportamentos mais complexos como aprendizagens do comportamento verbal, comportamentos académicos, comportamentos pré-laborais e laborais, reconhecimento e aprendizagem de expressões emocionais nos próprios e nos outros (empatia), espontaneidade, curiosidade, assim como expressões dramáticas

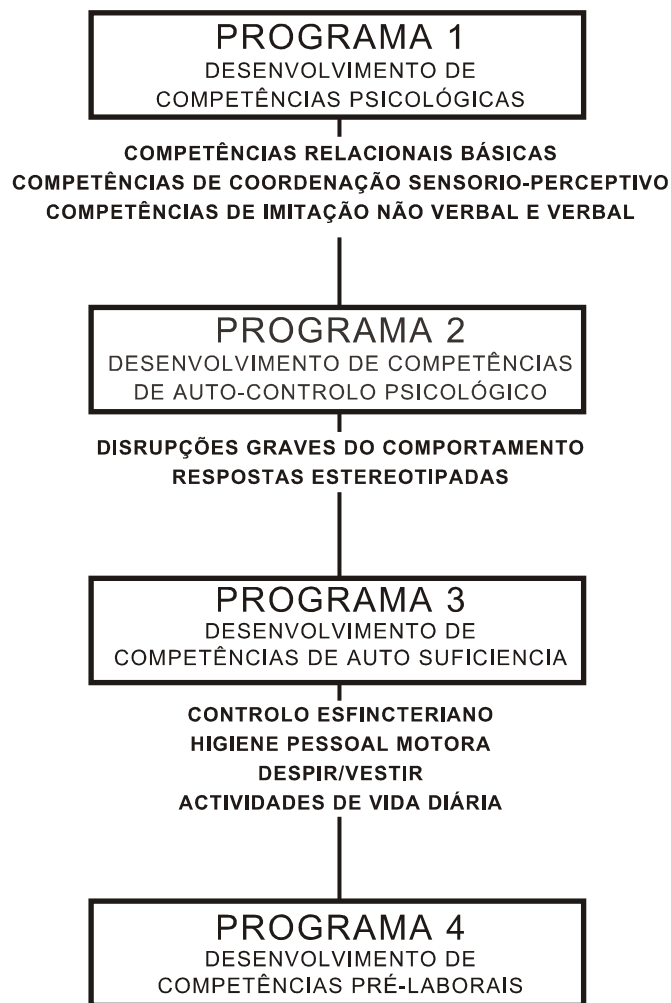


Fig.4 - Áreas preferenciais de atenção programática

simbólicas.

Através do uso correcto, persistente e afectuoso, numa atitude de profundo respeito pelo outro a quem se ajuda, e no grande privilégio que é o acto terapêutico, a aplicação destes procedimentos permite potencialmente, um mais provável desenvolvimento de competências que favorecem a construção dum “eu”, entendido

comportamentalmente como “sistema organizado de respostas” e, senão totalmente como para todos seria desejável, pelo menos em parte no que é possível, lenta e progressivamente.

Os processos de natureza terapêutica e educativos com as pessoas com este tipo de perturbações deverão implicar cuidados de tal modo que, os adultos que intervêm devam começar no nível e com a precaução de diagnosticar onde a criança, adolescente ou adulto, possa ter mais possibilidade de estabelecer processos de significação.

Acima de tudo, aquele que age terapêuticamente deve evitar fomentar inconsistências referenciais que o tornem a ele, e aos objectos, acontecimentos e situações, parte de uma experiência frustrante, e isto sobretudo, em fases iniciais do estabelecimento da relação.

O sujeito com perturbações do foro psicótico, do foro do autismo e outras anomalias graves do comportamento, no âmbito destas propostas de intervenção, sente e age, age e sente, através de uma troca social ortogénica, e num meio terapêutico estruturante, física e socialmente gratificante, onde tem lugar um longo e complexo processo de estabelecimento de significações.

Este processo deve ser sistemático e coerente para que se torne eficaz, exigindo um esforço muito grande àqueles que o devem dispensar: Os seus parceiros sociais, em especial e preventivamente, os seus familiares e, naturalmente, os próprios técnicos

Ao terminar, impõe-se-me evidenciar em resumo os aspectos fortes da terapêutica comportamental, mas também as suas limitações e dificuldades; acredito, como muitos outros colegas nesta área de reflexão, que é da sujeição ao confronto que nasce a possibilidade de melhor controlar a probabilidade do erro.

É inegável que as terapias do comportamento ajudam a estabelecer comportamentos diversos como os sociais apropriados e outros mais complexos como os verbais; é inegável que ajudam portanto, muitas destas pessoas a melhor regularem as suas próprias emocionalidades e a gerir mais eficazmente os actos de sentido, de significação; os actos-emoção. Ajudam igualmente a diminuir entre outros, certos comportamentos auto-estimulatórios e auto-destrutivos; mas são sempre, nestas perturbações, procedimentos terapêuticos de duração contínua, sem fim, que envolvem a atenção sobre muitos comportamentos, a participação de muitas pessoas, e desejavelmente em muitos contextos.

Muitas crianças há que, mesmo sujeitas a programações intensivas, não conseguem fazer ganhos que se considerem significativos.

Quando não se mantém o conjunto de controlos sobre os diversos

determinantes comportamentais, os ganhos de tratamento tendem a diminuir (as vulgares regressões); portanto, o tratamento comportamental, neste caso, não cura a psicose desintegrativa, o autismo, ou as outras perturbações estruturais graves do desenvolvimento.

Ajuda, isso sim, estas pessoas a adaptarem-se muito ao meio ambiente, e nessa medida, a serem mais compreendidas e potencialmente mais felizes.

A aplicação correcta dos seus métodos, como muitos outros, naturalmente, exige um grande esforço de conhecimento técnico, e com ele exige, o desenvolvimento por parte dos terapeutas, de significativas competências de auto-controlo e assertivas..

Não é fácil regularem-se controlos determinantes antecedentes e consequentes do comportamento, pela miríade de variáveis em presença, em especial as da natureza das contingências temporais, ou k's (relação temporal entre os comportamentos e os determinantes que os causam).

Não é fácil estar-se quasi-constantemente em contingência com consequências que não são facilmente reforçantes, devido à elevada taxa com que acontecem e á sua duração.

Não é fácil ser-se terapeuta do comportamento!

Quanto mais extensivamente forem correctamente instituídos estes métodos, quer na duração, quer nos diversos contextos, tanto mais se farão sentir os seus ganhos; mas resulta ainda um infundável futuro de aspectos difíceis de resolver, e sobre os quais todos os que se revêem no modelo, estarão a ajudar a aprofundar e melhorar.

Procura-se avançar com maior pormenor, concepções específicas de uma teoria científica de organização do significado, construto este que pode ser considerado como dos mais interessantes para a compreensão do homem, dos seus comportamentos; os avanços até aqui conseguidos, em particular e porque essa organização está ligada a teorias da aprendizagem, implicando processos que mediatizam as respostas finais, são prenúncio de que se tem pela frente um longo e promissor caminho a percorrer.

O cruzamento é denso, complexo, atingindo muitos conceitos que podem interessar rever. O comportamentalismo, como teoria aberta e/ou filosofia de um processo, irá evoluindo, fornecendo para aqueles que assim o quiserem compreender, pontos de referência essenciais que podem ajudar a orientar os nossos recursos e intervenções.

Para se conseguirem, como até aqui, alicerces cada vez mais sólidos na progressão pretendida, devemos-nos obrigar à necessidade de uma modéstia convicta e

uma transparência constante.

Com esta atitude, então terá valido a pena.

Não poderia ser mais oportuno terminar parafraseando um colega espanhol, psicólogo, que dedicou toda a sua vida à causa do autismo e destas perturbações, e de quem todos neste campo sentimos a perda acontecida à uns dias atrás, Ángel Rivière:

*Ainda que estas pessoas não possam adquirir as funções superiores da linguagem, as deduções, a ficção simbólica, o acesso a conceitos subjectivos, à organização narrativa da experiência e a sentidos ideais de si mesmos, isto pelos mesmos processos que outras crianças o fazem, muitas delas podem desenvolver, em maior ou menor grau, competências nessa área, por vias alternativas que compensam ou substituem parcialmente os suportes normais do desenvolvimento.*

*No tratamento destas pessoas, o controlo adequado do meio para produzir aprendizagens, é actualmente o recurso essencial. (Ángel Rivière, 1997)*

## BIBLIOGRAFIA

---

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual (4th ed.)*. Washington, D.C: Author.
- Asperger, H. (1979). Problems of infantile autism. *Communication, 13*, 45-52.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Buitelaar, J. K., Van der Gaag, R., Klin, A., & Volkmar, F. (1999). Exploring the Boundaries of Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified: Analyses of Data from the DSM-IV Autistic Disorder Field Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 33-43.
- Carr, E. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin, 84*, 800-816.
- DesLauriers, M. (1978). Paly, symbols, and the development of language. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment* (pp. 313-326). New York: Plenum
- Gleitman, H.; Fridlund, A.J. ; & Reisberg, D. (1999). Classifying Mental Disorders. In Henry Gleitman; Alan J. Fridlund; & Daniel Reisberg (Eds.). *Psychology* (5th ed., pp. 764-768). London: W.W. Norton & Company.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217-250.
- Kazdin, A. E., Colbus, D., & Rodgers, A. (1986). Assessment of depression and diagnosis of depressive disorder among psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14* (4), 499-515.
- Klin, A. , Mayes, L. C. , Volkmar, F. R. , & Cohen, D. J. (1995). Multiplex developmental disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 16*, 7-11.
- Koegel, R. L., Camarata S., Koegel, L. K., Ben-Tall, A., & Smith, A. E. (1998). Increasing speech intelligibility in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28-3*, (241-251).
- Le Couteur, A., Bailey, A., Goode, S., Pickles, A., Robertson, S., Gottesman, I., & Rutter, M. (1996). A broader phenotype of autism: The clinical spectrum in twins. *Journal of Child Psychology and psychiatry, 37*, 785-801.
- Lord, C. (1996). Treatment of a High-Functioning Adolescent with Autism A cognitive-behavioral approach. In Marck A. Reinecke; Frank M. Dattilio; & Arthur Freeman (Eds.). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents A casebook for clinical*



- practice* (pp. 394-404). London: The Guilford Press.
- Lord, C., & Rutter, M. (1995). Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry, modern approaches*, 569-593). Oxford: Blackwell.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, (3-9).
- Lynch, S. (1998). Intensive behavioural intervention with a 7 year-old girl with autism. *Autism*, 2-2, (181-197).
- Pereira, E. G. (1996). *Autismo: Do conceito à Pessoa. (Nº 9)*. Lisboa: S.N.Reabilitação.
- Pereira, E. G. (1999). *Autismo: O significado como processo central. (Nº 15)*. Lisboa: S.N.Reabilitação.
- Reese, R. M., Sherman, J. A., Sheldon, J. B. (1998). Reducing disruptive behavior of a group-home resident with autism and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28-2, 159-165).
- Rivière, A. (1997). *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales*. In Angél Rivière Y Juan Martos (Ed.) APNA (pp.23-59). Madrid: Artegraf, S.A..
- Schopler, E., & Reichler, R. J. (1971). Developmental therapy by parents with their own autistic child. In M. Rutter (Ed.), *Infantile Autism: Concepts, characteristics and treatment*(206-227). London: Churchill.
- Spence, S. H. (1994). Practitioner review: Cognitive therapy with children and adolescents: From theory to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1191-1228.
- Skinner, B. F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science*, 140 (pp.951-958).
- World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases (10th ed.)*. Geneva: Author.
- Szatmari, P. (1992). The validity of autistic spectrum disorders: A literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 583-599.

Par