



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Vandenberghe, Luc
Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica
Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 47-54
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18818107>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica

Luc Vandenberghe ¹
Universidade Católica de Goiás

Resumo

A terapia comportamental da dor crônica se destaca por um ecletismo técnico, assentando-se em procedimentos provenientes das diferentes abordagens terapêuticas que se desenvolveram no seio da tradição comportamental. Trata-se da Terapia Comportamental Clássica, da Terapia Cognitiva Comportamental, da Análise Aplicada do Comportamento e da Análise Clínica do Comportamento. Estes 4 grandes movimentos que representam o desenvolvimento histórico e a pluralidade paradigmática da terapia comportamental são resgatados como eixos teóricos para servir como pontos cardiais na exposição das opções oferecidas pela terapia comportamental para a clínica da dor. Nesta revisão de literatura, divergências entre as 4 abordagens são identificadas, as quais têm implicações importantes para a atuação do terapeuta.

Palavras-chave: Terapia comportamental; dor crônica; abordagens teóricas.

Behavioral Approaches for Chronic Pain

Abstract

Behavior therapy of chronic pain is marked by technical eclecticism, building upon procedures derived from different therapeutic directions that were developed in the behavioral tradition. These are Classical Behavior Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Applied Behavior Analysis and Clinical Behavior Analysis. These 4 broad movements that represent the historical development and the paradigmatic plurality of behavior therapy, are used as theoretical axes to serve as directions of reference in the exposition of the options behavior therapy offers for the treatment of pain. In this literature review, divergences are identified between the 4 approaches, which have important implications for the therapist's practice.

Keywords: Behavior therapy; chronic pain; theoretic approaches

O presente trabalho pretende traçar quatro grandes eixos teóricos e a relação que cada um tem com o problema da dor crônica. São eles a Terapia Comportamental Clássica, a Terapia Cognitiva Comportamental, a Análise Aplicada do Comportamento e a Análise Clínica do Comportamento. Estes quatro eixos são propostos como reduções prototípicas das correntes que caracterizam a atuação clínica. Não fazem justiça à complexidade das práticas clínicas no campo que se destacam pelo seu ecletismo, mas na sua simplificação possibilitam desenredar as linhas paradigmáticas que subsidiam os tratamentos da dor crônica e facilitar a discussão sobre os mesmos entre terapeutas comportamentais de diferentes orientações filosóficas.

O texto se limita em discutir os bastidores da terapêutica e o que ela tem a oferecer para a clínica da dor crônica. O objetivo é de esboçar os paradigmas subjacentes das abordagens comportamentais, aplicá-los à dor crônica, apontar diferenças, complementaridades e incompatibilidades que podem estimular a reflexão sobre a atuação clínica.

Terapia Comportamental Clássica

Caracterização

O ramo mais antigo da terapia comportamental teve seu início com os trabalhos de Mary Jones, aluna de John Watson na década de 1920. Sua primeira proliferação ocorreu nos Estados Unidos durante a década seguinte, antes de se tornar um movimento mundial a partir dos trabalhos publicados pelos grupos de Hans Eysenck e de Joseph Wolpe nas décadas de 1950 e 1960 (Schorr, 1984).

Trata-se de uma forma de terapia que acontece no consultório ou em *settings* escolhidos para possibilitar procedimentos de

exposição a estímulos condicionados. Os métodos não visam diretamente os comportamentos problemáticos, mas sim processos subjacentes. Respostas emocionais ou fisiológicas condicionadas, geralmente inferidas pelo clínico a partir dos comportamentos problemáticos e dos relatos do paciente, são considerados o cerne do problema.

O modelo mais representativo da Terapia Comportamental Clássica é o de Peter Lang (1970), que retoma os tipos de resposta diferenciados por Watson, agrupando os mesmos em três sistemas de resposta: o motor, o fisiológico/emocional e o semântico/linguístico. Ele os relaciona com três dimensões de estímulo que são refletidas num processamento paralelamente distribuído no sistema nervoso central. Trata-se de um modelo de *rede neural* que, em contraste com certas linhas das ciências cognitivas, faz questão de manter as suas construções teóricas fisiologicamente plausíveis. A ligação com a neurofisiologia possibilita pesquisas transdisciplinares na área da psicopatologia. Um ponto fundamental que surgiu na pesquisa com este modelo é que mudanças num sistema de resposta (Ex.: o quê a pessoa pensa) não necessariamente influenciam os outros sistemas (Ex.: as respostas fisiológicas). Esta falta de sincronia entre agir, sentir e pensar significa que cada uma das três dimensões deve ser envolvida no trabalho terapêutico (Drobes & Lang, 1995).

As técnicas consistem geralmente em trabalhos de exposição intensa e prolongada a objetos, lembranças, sensações ou outros estímulos ligados a respostas problemáticas. Tipicamente, técnicas de extinção Pavloviana são aplicadas durante as sessões e mediante tarefas de casa que consistem em estratégias de enfrentamento de situações difíceis. Apesar de Eysenck (1959) haver colocado em pé de igualdade a importância da aquisição de novas respostas e a da extinção de outras, o grande sucesso

¹ Endereço para correspondência: Rua J-51 Q-136 L-31, 74674-170, Setor Jão, Goiânia, GO. Fone: (62) 2077639. E-mail: bergneve@zaz.com.br

da terapia comportamental clássica deu-se no desenvolvimento de uma tecnologia de eliminação de respostas disfuncionais.

Seguindo a tradição inaugurada por Eysenck, a eficácia da tecnologia clínica é validada em estudos que obedecem a um raciocínio hipotético-dedutivo, nos quais intervenções específicas são aplicadas em grupos de pacientes com transtornos específicos. As pesquisas seguem um delineamento com grupos experimental e controle, usando testes estatísticos para verificar diferenças significativas (Schorr, 1984).

A coincidência desta metodologia nomotética com a tendência geral na ciência psicológica internacional, garante uma credibilidade especial às terapias que desta forma conseguiram comprovar objetivamente sua eficácia, o que é particularmente o caso para técnicas da Terapia Comportamental Clássica na área dos transtornos de ansiedade (American Psychological Association, 1998).

Dor na terapia comportamental clássica

Para os neo-Pavlovianos, a dor faz parte de um sistema de fuga primitiva que serve para escapar de eventos nocivos. Ela prepara o organismo para cuidar de uma lesão, evitar maiores lesões e o perigo de infecção dos tecidos lesados (Sokolov, 1963). Dor está ligada com a ativação de redes neurais relacionadas com passividade e proteção do corpo (McNeil & Burnetti, 1992). Numa perspectiva evolucionária a passividade defensiva tem como possível vantagem, permitir que a lesão sare. Em contrapartida, ela se torna disfuncional quando se trata de dor crônica, porque a passividade prolongada e as posturas corporais autoprotetoras e tensas, tornam os tecidos mais sensíveis.

Um trauma físico pode alterar a função do que sentimos no corpo. No nível semântico, sensações corporais banais podem adquirir uma função de estímulo nocivo ou perigoso. No nível fisiológico, respostas condicionadas provenientes do emparelhamento entre um evento traumático, e certos estímulos proprioceptivos inofensivos, podem agora vir a ser eliciadas por estas sensações. No nível motor, a esquiva de atividades em que a dor ocorreu, pode aumentar, assim como limitações funcionais, e a perda progressiva da condição física. O limiar de percepção e de tolerância da dor pode baixar. Várias atividades em que a pessoa sentiu mais dor podem se tornar estímulos condicionados que também provocam dor. Além disso, a dor condicionada é particularmente difícil de extinguir (Sokolov, 1963). Desta forma, cada vez mais atividades se tornam dolorosas e cada vez mais sensações físicas se tornam sinalizadores de dor.

Somando passividade prolongada com extensão da dor para atividades e para estimulações proprioceptivas que no primeiro momento não provocaram dor, esta absorve gradualmente mais recursos psicológicos e corporais do indivíduo. Assim cria-se um ambiente restrito e pobre, dominado por dor e incapacidade. Em tais ambientes onde estímulos para outros tipos de respostas são quase-ausentes ou neutralizados, possíveis sinais pré-correntes de dor se tornam particularmente ameaçadores e evocam mais comportamento de esquiva.

Tentativas repetitivas de remover as causas da dor podem acabar numa sequência de fracassos, inibindo novas aprendizagens. Assim, pessoas processam cada vez mais situações como sendo problemas de dor (Gray, 1975). Tal rigidez na percepção de problemas pode manter respostas quase contínuas de angústia e de tensão muscular elevada. Inabilidade repetitiva de resolver a dor tipicamente não promove novos meios de resolução de problemas nem criatividade no enfrentamento dos mesmos, mas rigidez e aridez crescentes.

Os processos subjacentes à transição da dor aguda para a dor crônica são de particular interesse para pesquisadores desta área. Evidências estão sendo acumuladas, indicando que esta transição é ao menos parcialmente, o resultado do medo da dor e de comportamentos de esquiva da dor (Vlaeyen, de Jong, Onghena, Kerckhoffs-Hanssen & Kole-Snijders, 2002b).

O modelo de Lang estipula que a modificação do potencial eliciador de estímulos exige uma vivência total dos mesmos. Para poder acessar e ajustar os padrões de ativação neural Para poder acessar e ajustar os padrões de ativação neural, os estímulos relevantes, os estímulos relevantes, precisam ser vivenciados nas suas dimensões sensoriais, semânticas, emocionais e motoras para que a rede que contem as informações disfuncionais possa ser inteiramente ativada (Drobes & Lang, 1995).

Aplicada à dor, isto significa que não é aconselhável controlar a dor, mas pelo contrário, enfrentá-la. Tentativas de fugir do estímulo leva a uma história de exposições breves à dor, o que torna os estímulos ameaçadores progressivamente mais potentes, aumentando assim a preocupação, o medo da dor e a importância que esses tem na vida da pessoa (Gray, 1975; Vlaeyen, de Jong, Geilen, Heuts & van Breukelen, 2002a).

Dados de uma pesquisa demonstraram que medo de movimento e de se machucar novamente, operacionalizado como respostas motoras de esquiva ou respostas semânticas (crenças e significados) ou fisiológicas/emocionais são preditores de declínio de aptidão física e incapacitação pela dor (Vlaeyen & cols., 2002a). Um estudo mais detalhado mostrou que exposição sistemática ao vivo produz reduções dramáticas no medo da dor e com um certo atraso, também diminuições significativas na intensidade da dor e na incapacidade relacionada com dor (Vlaeyen & cols., 2002b).

A filosofia de vida implícita nesta forma de atuação é de enfrentamento de dificuldades, aceitação de emoções negativas e envolvimento integral (sentir, pensar, agir) com a vida. Experiência direta e intensa é o caminho para a saúde mental. Tentar não enfrentar, não sentir, não pensar é problemático. Os programas que incorporam exposição gradual aos estímulos situacionais e interoceptivos que provocam dor e às atividades que se tornaram estímulos condicionados para reações de dor, exigem uma redefinição da dor crônica como um resultado de aprendizagem e como algo de que não se tem como escapar, sendo as tentativas de fuga a maior fonte de manutenção da dor. Isto implica num redirecionamento do foco de atenção para outros problemas da vida que não a dor, como a retomada de

atividades, a busca de outras fontes de estimulação e o enfrentamento do medo.

A eficácia do modelo clássico de exposição direta é bem sustentada em pesquisas que tratam de extinção de estímulos condicionados eliciadores de dor no trabalho (Linton, Bradley, Jensen, Spangfort & Sundell, 1989). Foi mostrado que técnicas respondentes deste tipo, aplicadas em relação a medo de movimento são eficazes no tratamento da dor crônica nas costas (Vlaeyen, Haazen, Schuerman, Kole-Snijders & van Eck, 1995) e da fibromialgia (Vlaeyen, Nooyen-Haazen, Goossens, van Breukelen, Heuts & Goeite, 1997).

Seis pacientes que entraram numa clínica para tratamento de dor nas costas receberam duas intervenções: exposição ao vivo intensa (de acordo com uma hierarquia de medo) e atividade graduada (de acordo com a dificuldade das tarefas). Independente de qual intervenção foi aplicada primeiro, análise das medidas diárias, mostrou que melhoras em termos emocional/fisiológica (sentimento de medo) e semântico (pensamento catastrófico sobre a dor) somente ocorreram durante a fase de exposição intensa ao vivo e não durante as tarefas graduadas. Análise das diferenças antes e após tratamento revelaram que a diminuição nos relatos de medo da dor era diretamente proporcional à diminuição da incapacitação pela dor e da hipervigilância para sinais de dor, como também a um aumento nos níveis de atividade física no dia-a-dia. Todas as mudanças se mantiveram estáveis no *follow-up* um ano após o tratamento (Vlaeyen & cols., 2002a).

Pacientes que no início do tratamento relatam medo substancial da dor, aproveitam particularmente da exposição ao vivo a uma sequência de movimentos corporais hierarquicamente organizados, de acordo com a intensidade da ansiedade que eliciam no caso individual de cada paciente. Tarefas graduadas que não levam em conta este aspecto específico, são significativamente menos eficazes neste sub-grupo (Vlaeyen & cols, 2002a).

A contribuição da Terapia Comportamental Clássica para nosso tema foi a compreensão de dor crônica como algo que a pessoa “faz”. Não é algo que agride o organismo, é uma reação do organismo quando é atingido. Tem tudo a ver com a maneira com que o organismo dá forma à sua relação com seu ambiente. No tratamento precisa-se lidar com a dor crônica como um ambiente que o paciente criou para si mesmo, numa tentativa de sarar, mas que acabou fechando num conjunto de círculos viciosos em que a dor é mantida.

Terapia Cognitiva Comportamental

Caracterização

A Terapia Cognitiva Comportamental é baseada no modelo cognitivo do funcionamento humano, segundo o qual comportamentos e emoções são mediados por processos simbólicos subjacentes. Estas variáveis cognitivas, inferidas pelo terapeuta a partir dos comportamentos e dos relatos do paciente, são considerados o cerne do problema. É uma forma de terapia que acontece no consultório, mas utiliza também de tarefas de casa. Pretende-se modificar, durante as sessões, os processos cognitivos que são

considerados responsáveis pelo comportamento que acontece fora da sessão. As técnicas da Terapia Comportamental Clássica são aproveitadas, mas com um alvo diferente. Enquanto que nas mãos dos neo-Pavlovianos, os exercícios e as tarefas servem para a eliminação das respostas condicionadas, os terapeutas cognitivos os usam para gerar novas informações que desafiam as crenças e vieses do paciente.

Um dos modelos cognitivos mais representativos é o modelo de Beck (1976), segundo o qual a pessoa orienta-se em relação às suas vivências com base na sua matriz de esquemas. Um esquema é uma estrutura mental, que filtra, interpreta e codifica informação. Esquemas primitivos mal-adaptativos podem tornar-se extremamente duradouros. Eles podem ser flexíveis ou cristalizados, e podem permanecer durante longos períodos num estado de dormência porque precisam de informação que diz respeito ao seu conteúdo para serem ativados. Na terapia, o paciente aprende a avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente, e a gerar pensamentos alternativos mais adaptativos. Ele mantém registros com informações sobre emoções, ações e pensamentos entre sessões e os discute com o terapeuta. A partir deste trabalho, crenças subjacentes aos pensamentos automáticos são identificadas e desafiadas, como também as distorções cognitivas que o paciente vai aprender a rotular e corrigir. A técnica terapêutica é didática, pautada num empirismo colaborativo onde terapeuta e paciente buscam evidências a favor e contra crenças que são encaradas como hipóteses a serem verificadas. O questionamento socrático é a estratégia mais usada para desafiar as maneiras de pensar do paciente.

A terapia cognitiva comportamental avalia a eficácia da sua tecnologia clínica em estudos usando o mesmo delineamento com grupos experimental e controle, como é feito pela terapia comportamental de cunho Pavloviano. Também usa os mesmos métodos estatísticos seguindo um raciocínio estreitamente hipotético-dedutivo. O apoio empírico para a eficácia desta abordagem é firme na área dos transtornos de humor e crescente nos transtornos de ansiedade (APA, 1998).

Dor na Terapia Cognitivo-Comportamental

Existem justificativas importantes para uma abordagem cognitiva da dor crônica. A literatura empírica indica que a atribuição externa e o pensamento catastrófico contribuem para a intensidade da dor (Camacho & Aarte, 2001; Turner, Jensen & Romano, 2000). A terapia cognitiva, como descrita acima é a abordagem de escolha para a modificação de tais vieses no processamento de informação pelo paciente.

Crenças da pessoa concernindo as suas capacidades de ter controle sobre eventos, também tem um papel importante. A percepção de auto-eficácia baixa corresponde a crenças de desamparo pessoal. Indivíduos que acreditam ser altamente eficazes, toleram melhor a dor e reagem com uma secreção elevada de opióides quando confrontados com um estímulo doloroso (Bandura, O’Leary, Taylor, Gauthier & Gossard, 1987).

Através de exercícios, o paciente pode aprender a identificar emoções negativas relacionadas com a dor e com eventos estressantes e reconhecer pensamentos disfuncionais e vieses

cognitivos associados a elas. Com exercícios ele pode ganhar melhor controle sobre os processos simbólicos relacionados com a experiência e o manejo da dor (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Os efeitos incapacitadores da dor crônica devem diminuir quando o paciente começa a ver a dor menos como uma catástrofe sobre qual ele não tem controle e mais como uma condição até certo ponto controlável. De acordo com este raciocínio, o que realmente faz as terapias de dor crônica funcionar é o processo de mudança cognitiva (Thorn, Boothby & Sullivan, 2002; Weisenberg, 1987).

A filosofia implícita da Terapia Comportamental Cognitiva é de racionalidade. Apesar do modelo enfatizar o papel central da cognição, a racionalidade não é um valor por si mesmo. A abordagem tem uma ênfase forte no *sentir-se melhor* (no sentido de diminuir emoções negativas). Um estilo de pensamento racional, que respeita as evidências, evita distorções e vê o mundo através de um conjunto de crenças adaptativas, leva a comportamentos e emoções mais positivos.

Estudos de ordem hipotético-dedutiva sustentam bem a validade das intervenções cognitivas no tratamento da dor. Um aumento da percepção de auto-eficácia é um preditor da diminuição da dor crônica no fim do tratamento e desta forma é por si mesmo um alvo válido para terapia (Smarr & cols., 1997). O mesmo foi mostrado com o pensamento catastrófico. Tratamentos que focalizam especificamente esta distorção cognitiva tem um efeito claro sobre a evolução da dor (Thorn & cols., 2002).

Mudanças em pensamentos catastróficos concernindo a dor e de crenças sobre desamparo relativo à dor, são preditores de mudanças na intensidade da dor no fim do tratamento, mas o inverso não é verdade. Paralelamente, mudanças no grau de depressão no início do tratamento são preditores de mudanças no nível de atividade no fim do tratamento e novamente o contrário não é verdade. Assim foi mostrado que mudanças na cognição negativa afetam o resultado do tratamento (Burns, Kubilus, Bruehl, Harden & Lofland, 2003). Porém, não é somente a terapia cognitiva que modifica cognições. Exposição ao vivo, uma técnica de base Pavloviana, não somente afeta o medo da dor e a intensidade da dor, mas também o pensamento catastrófico sobre a dor (Vlaeyen & cols., 2002a, 2002b).

A contribuição da terapia comportamental cognitiva para a clínica da dor crônica consiste em enfatizar que a epistemologia pessoal do paciente é uma variável relevante. Ela aponta que dor está intimamente relacionada com o que a pessoa acredita sobre o mundo e sobre si mesma. Para o clínico, o mais importante é entender que a interpretação que o paciente faz da sua experiência é um alvo válido de intervenção terapêutica.

Análise Aplicada do Comportamento

Caracterização

A Análise Aplicada do Comportamento é baseada no modelo operante. Comportamento operante é sensível às suas consequências. São estas que determinam se o comportamento vai aumentar ou diminuir em frequência. Ao contrário do que é prescrito nas duas abordagens anteriores, o analista aplicado não

procura identificar processos subjacentes, mas trabalha com as contingências nas quais o comportamento se encaixa. Isto significa que o tratamento acontece onde os comportamentos problemáticos ocorrem. O terapeuta se desloca para estes lugares para observar as contingências e reestruturá-las. Alternativamente, ele desenvolve junto com o paciente ou seus responsáveis, programas a serem executados nestes lugares. Fala-se de autocontrole, quando o próprio paciente controla as variáveis que determinam o seu comportamento-alvo. Contingências aplicadas por outros, como o enfermeiro, a esposa, o professor ou os pais do paciente, sob supervisão de um analista aplicado, caracterizam tratamento por mediador (Kazdin, 1984).

O analista aplicado trabalha com comportamentos públicos que podem ser contados, usando métodos derivados da análise experimental do comportamento, colocando frequências de comportamentos em gráficos para poder identificar os efeitos das diferentes contingências aplicadas. A tecnologia foi desenvolvida para aquisição de respostas adequadas. É uma abordagem com ênfase maior na construção de novos repertórios do que na eliminação de respostas inadequadas. Quando novos comportamentos são desenvolvidos, eles tornam os comportamentos problemáticos desnecessários e podem tomar o lugar destes no repertório do paciente (Fordyce, 1975; Kazdin, 1984).

A eficácia desta tecnologia é validada pelas estratégias de pesquisa típicas da Análise Experimental do Comportamento. Os analistas aplicados avaliam suas intervenções num delineamento experimental onde o sujeito é seu próprio controle. Desconfiando-se de processamento estatístico, eles consideram a frequência bruta dos comportamentos relevantes e a pesquisa segue um raciocínio indutivo (Kazdin, 1984).

A natureza ideográfica deste tipo de pesquisa foi apontada como um ponto fraco pelos proponentes da Terapia Comportamental Clássica (Eysenck, 1987). As normas atuais aceitam esta metodologia, a condição que inclui replicações com um número suficiente de sujeitos como uma estratégia alternativa na ausência de resultados obtidos pela abordagem nomotética (APA, 1998; Chambless, 1996).

Dor na Análise Aplicada do Comportamento

A Análise Aplicada do Comportamento se interessou cedo pelo *comportamento de dor*, um nome dado a um comportamento operante, tipicamente exemplificado por expressões faciais sofridas, posições corporais tensas, automedicação, queixas. O *comportamento de dor* é sujeito a reforço natural (Ex.: uma diminuição temporária de estimulação aversiva) ou social (Ex.: receber atenção ou ser isento de responsabilidades ou tarefas). O *comportamento de dor* do paciente por sua vez afeta o comportamento das pessoas que constituem seu ambiente social. Comportamentos de esposas, filhos ou profissionais de saúde, como exigir algo do paciente, ou negar pedidos dele podem ser punidos por um aumento do *comportamento de dor*. Deixar o paciente em paz e atender às solicitações dele pode ser reforçado por uma diminuição temporária do *comportamento de dor* (Fordyce, 1976).

O tratamento consiste na modificação de contingências relevantes com o objetivo de aumentar a frequência de

comportamentos alternativos adaptativos. Novas contingências são construídas. O *comportamento de dor* não é mais reforçado e comportamentos adaptativos o são. Os comportamentos alternativos podem ser de diversos tipos. Pode-se tratar, por exemplo, de fazer exercícios físicos prescritos ou de aprender a comunicar-se diretamente com a esposa ao invés de se comunicar através da dor. O analista aplicado treina as pessoas que lidam com o paciente para reforçar estes novos comportamentos (Cairns & Pasino, 1977; Fordyce, 1976).

A filosofia behaviorista radical que sustenta a forma de atuação proposta por Fordyce (1976) é uma visão do ser humano como um organismo em constante interação com seu ambiente. Ele é um agente ativo porque age sobre seu ambiente, e no caso do *comportamento de dor* trata-se particularmente do ambiente social. É o efeito que ele tem sobre o ambiente que determina o efeito que o ambiente terá sobre o comportamento dele. Os valores éticos implícitos da análise aplicada do comportamento são valores de autonomia e de capacitação do paciente para cuidar de si mesmo (Kazdin, 1984; Skinner, 1975).

Estudos de cunho indutivo foram publicados mostrando melhoras impressionantes em casos particulares (Ex.: Cairns & Pasino, 1977; Miller & Kratochwill, 1979). Porém, a metodologia de pesquisa particular da análise do comportamento (verificando frequências brutas de respostas, utilizando o sujeito como seu próprio controle) dificulta a comparação entre a eficácia das intervenções analítico-comportamentais e a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais (que é apoiada em comparação de médias em delineamentos de grupos).

Quando a eficácia dos métodos da análise aplicada no tratamento da dor crônica é comparada com a da Terapia Comportamental Cognitiva, em pesquisa de cunho hipotético-dedutivo com delineamento de grupos. As revisões da literatura (Keefe, Dunsmore & Brunett, 1992; Turk & Okifuji, 2002) chamam a atenção para o fato de que os resultados são muito similares, quando a eficácia dos métodos da Análise Aplicada no tratamento da dor crônica é comparada com a da Terapia Comportamental Cognitiva, em pesquisa de cunho hipotético-dedutivo com delineamento de grupos, os resultados são muito similares, inclusive na mudança de variáveis cognitivas. Isto significa que apesar de focalizar somente frequências de comportamentos públicos, os métodos operantes também afetam crenças e pensamentos do paciente.

A mesma coisa não é necessariamente o caso para variáveis emocionais. Num estudo de Vlaeyen e colaboradores (2002b), um tratamento operante com ou sem treino de habilidades de manejo da dor produziu diminuições muito modestas de medo da dor. A diminuição do medo obtida na exposição ao vivo era muito superior.

Qual é a contribuição da análise aplicada para o trabalho psicológico com pessoas com dor crônica? O *comportamento de dor* é entendido como uma maneira em que a pessoa se relaciona com seu ambiente. As trocas com seu mundo social modelam a atitude da pessoa em relação ao seu corpo. Assim é possível fazer uma análise funcional do *comportamento de dor*. A dor ganha a dimensão de um ato num contexto social.

Análise Clínica do Comportamento

Caracterização

Como as duas primeiras abordagens e em contraste com a terceira discutida neste texto, a Análise Clínica do Comportamento é uma abordagem de consultório. O terapeuta não tem influência sobre as contingências que ocorrem nos ambientes onde o analista aplicado interfere diretamente. Ele está limitado a trabalhar com os comportamentos que acontecem entre ele e o paciente durante a sessão. A Análise Clínica do Comportamento também é baseada no modelo operante, porém enfatiza a teoria Skinneriana sobre os comportamentos encobertos e o controle verbal.

Comportamentos sutis, como sonhar, imaginar e sentir são tão importantes quanto comportamentos públicos. Contingências interpessoais e contextos verbais que estão relacionados com estes comportamentos são considerados o cerne do problema. Segundo o modelo operante, ações, sentimentos e pensamentos são resultados de contingências, e contingências são o resultado do comportamento do paciente e das pessoas com quem ele interage.

A experiência do eu no contexto interpessoal e a espontaneidade do relacionamento terapêutico, são aspectos importantes no processo. A abordagem procura estabelecer a possibilidade de vivenciar alternativas. Com a exploração de metáforas e a introdução de paradoxos, procura-se promover tolerância das ambigüidades e das contradições da realidade, desenvolvimento de padrões interpessoais novos, descoberta e explicitação de valores. Entre as atitudes terapêuticas conta-se a capacidade de falhar e de não saber, a improvisação de acordo com o momento e a busca criativa de superação de impasses que emergem na relação terapêutica (Hayes, 2002; Hayes, Pankey & Gregg, 2002; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993).

Trabalha-se para modificar os controles verbais e as contingências interpessoais que emergem na própria sessão. O efeito das mudanças terapêuticas sobre os problemas na vida do cotidiano do paciente, depende da equivalência funcional entre as vivências do processo terapêutico e das situações da vida fora das sessões. Como não tem lugar no modelo operante para mediação causal por processos inferidos, a experiência direta está no centro da atenção (Kohlenberg & cols., 1993).

Quando se trata de comportamentos públicos, aspectos qualitativos são muitas vezes enfatizados. Exemplos de comportamentos que podem ser importantes são: abrir-se para os sentimentos do outro; confiar; sentir-se acolhido; aceitar; entender. Todos estes são considerados em termos de contingências interpessoais ou controles contextuais, sempre como algo que acontece entre pessoas e nunca como conteúdos mentais dentro da pessoa (Hayes & cols., 2002; Kohlenberg & Tsai, 1998).

O alvo não é mudar os conteúdos dos problemas, mas de buscar a transformação mais ampla dos contextos que os mantém. Muito disso passa pelo jogo dialético de aceitação da vivência como é, e de compromisso com a mudança, de tolerância dos encobertos aversivos e de contato intenso com as contingências (Cordova & Kohlenberg, 1994; Hayes, 2002).

Pela natureza da abordagem, que lida com comportamentos sutis e aspectos qualitativos do comportamento, a validação da

eficácia da Análise Clínica é a maior problemática. A maior exceção neste ponto é a terapia comportamental dialética que documentou sua eficácia nos moldes das terapias comportamental clássica e cognitiva, através de pesquisas com delineamento de grupos. Há um questionamento sobre como a Análise Clínica do Comportamento deve validar as suas técnicas empiricamente. Certos analistas clínicos conduzem estudos de caso, tentando estabelecer a relação temporal entre intervenções específicas e melhoras no comportamento do cotidiano relatado pelo paciente. Outros optam para estudos qualitativos analisando o processo terapêutico. Um terceiro grupo publica estudos quantitativos comparando o efeito de diferentes protocolos de tratamento sobre variáveis como humor e ansiedade em delineamentos de grupo. Contudo, as conclusões permaneçam fragmentadas (Hayes, 2001).

Dor na Análise Clínica do Comportamento

Argumentos para aplicar esta abordagem à dor, podem ser encontrados em trabalhos que mostraram que tentativas de fugir de encobertos são contra-produtivas. Numa pesquisa de Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson e Rothbart (2003) pacientes de uma clínica de dor foram avaliados no primeiro contato com a clínica e 6 meses depois. Os resultados mostraram que controle de emoções como estratégia de manejo no primeiro tempo era positivamente relacionado com dor no segundo tempo. Num estudo analógico de Hayes e colaboradores (1999) com participantes não-clínicos a instrução para aceitar a dor numa tarefa foi comparada com o alvo de controlar a dor. Os participantes mostraram maior tolerância à dor na primeira condição.

Nesta visão, o *comportamento de dor* novamente é considerado na sua função estratégica de relacionar-se com outros, mas é visto também nos seus aspectos encobertos, na forma em que a pessoa a usa para definir a experiência de si, para dar sentido aos seus sentimentos. O comportamento pode ter um papel na regulação da intimidade, pode ser relacionado com uma estratégia de esquiva de experiência de problemas interpessoais, revolta com a vida, com as pessoas ao seu redor e consigo mesmo. O analista clínico, que não tem acesso às contingências do cotidiano do paciente, acaba ficando fortemente sob controle destas variáveis.

Para a pessoa que sofre de dor crônica, a perda de papéis sociais, familiares e profissionais pode levar a uma crise de significado da vida. Quando eventos estão mais ou menos sob controle, nós não prestamos muita atenção ao sentido que eles têm. Sentir dor na presença de um ferimento é algo esperado. Mas dor que ocorre na ausência de um dado que pode justificá-la, e que continua depois do ferimento ter sarado, é difícil de aceitar.

A inabilidade de fugir da dor, particularmente depois de um tratamento médico e depois de passar um tempo longo, desqualifica a pessoa. Muitas comunidades verbais ensinam que a incapacidade de resolver a dor é uma falta de controle. Para a terapia, isto significa que o abandono das tentativas de controlar a dor implica na necessidade anterior de dismantlar os contextos sócio-verbais que mantém o paciente preso na sua luta contra a

dor. Este passo o permite enfrentar os comportamentos encobertos e continuar com o que é realmente importante na vida. Neste caso a dor impõe uma resignificação da experiência de si para que ela incorpore uma nova leitura da dor e das suas implicações (Luciano, Visdómine, Gutiérrez & Montesinos, 2001).

Várias construções verbais, como a maneira em que a pessoa se define em termos de significados sociais, espirituais, familiares e profissionais devem ser revistos. Encarar a fragmentação das antigas certezas pode ser um processo sofrido, marcado por esforços contínuos de reinstalar o sentido que a vida anteriormente fez. A alternativa proposta é uma redefinição de si e da visão do mundo que incorpora novas limitações à sua habilidade de controlar a sua vida. Aceitação, vista desta forma, é um processo catalisador dinâmico de construção de novos significados (Bland & Henning, 2000; Luciano & cols., 2001).

Aceitação é definida por Hayes (1994) como a vivência plena e sem defesa de eventos como eles são e não como eles pretendem ser. Enquanto as nossas culturas geralmente nos ensinam mudar o conteúdo dos nossos problemas, tentando controlar pensamentos ou outros encobertos, Hayes insiste em que mudar o contexto dos problemas pode ser mais importante. Aceitação é um contexto de mudança relacionado com o comportamento verbal que chamamos de “dar sentido”. O sentido de eventos encobertos está na relação entre estes eventos e as contingências das quais emergem. Um evento topograficamente idêntico num outro contexto é um outro evento e tem outro sentido. Isto também vale para a dor. A aceitação pode transformar eventos que anteriormente eram inerentemente problemáticos em oportunidades de crescimento ou de compreensão.

A Análise Clínica procura fazer com que o paciente reconheça a dor, abandonando tentativas improdutivas de controlá-la, descubra que a dor não implica em incapacidade e redirecione os seus esforços para uma vida que vale a pena mesmo com a dor (McCracken & cols., 1999). É importante enfatizar que este princípio, que é central na Análise Clínica do Comportamento, não se refira a uma atitude passiva, mas uma ação. Aceitação é uma iniciativa que a pessoa toma (Dougher, 1994).

Hayes, Strosahl e Wilson (1999) e Cordova e Kohlenberg (1994) enfatizam que a aceitação significa o abandono da esquiva, de acolher um evento abrindo mão de tentativas de mudança que causam mais problemas do que o próprio evento. Eles definem aceitação como um processo ativo onde pensamentos, memórias e sentimentos negativos são reconhecidos e tolerados sem ficar preso em avaliações ou interpretações desnecessárias destes eventos encobertos, como atribuição de culpa ou agressão verbal a si mesmo.

A filosofia da Análise Clínica do Comportamento é uma filosofia de vivência e ação, da intensificação da vida. A ênfase está na pragmática. Sentimentos são produtos colaterais da interação entre a pessoa e seu ambiente e por isto eles sempre têm razão. Assim a normatividade de sentir-se bem (no sentido de estar livre de emoções negativas), cai por terra. Sentir-se triste, com raiva ou sem ânimo deixa de ser um problema. É privilegiada

uma ética de sentir-se melhor, com a ênfase em “sentir-se” (e não em “melhor”), o que quer dizer uma escolha de viver a vida plenamente e de sentidos abertos (Hayes & cols., 2002).

Para apoiar a validade desta abordagem à dor foram avançadas tanto as metodologias nomotéticas tradicionais da pesquisa de eficácia (Mc Cracken, 1998) quanto a metodologia de estudo de caso único (Luciano & cols., 2001). Os dados são positivos, porém escassos.

A contribuição da Análise Clínica do Comportamento para a clínica da dor crônica está na valorização da subjetividade numa luz operante: não como algo que acontece com o indivíduo, mas algo que ele faz. Sentimentos são efeitos colaterais de contingências e não podem ser combatidos. A dor não é algo que tem que ser controlada para poder viver, mas um motivo para mudar algumas opções fundamentais na vida, de superar certas limitações e de enfrentar de maneira criativa os desafios da interação com o seu universo.

Conclusão

A revisão de quatro tradições comportamentais tão divergentes nos obriga a uma comparação. Enquanto cada abordagem propõe sua contribuição com os seus pressupostos e sua visão do ser humano, muitas vezes terapeutas na prática se inspiram em todos. É importante, porém, saber que cada prática clínica tem sua história e sua fundamentação paradigmática, o que explica porque os diferentes ingredientes não são sempre compatíveis.

Certas contradições no material revisado poderiam ser resolvidas. A dicotomia da auto-eficácia (a crença que temos controle) e da aceitação (o abandono de controle) como elementos-chave, respectivamente na literatura cognitiva e na análise clínica, em vencer a dor, poderia ser compreendida, se consideramos que a auto-eficácia pode também ser um facilitador de aceitação. Mas respostas fáceis deste tipo deveriam ser suspensas, considerando que a Terapia Cognitiva Comportamental e a Análise Clínica do Comportamento pertençam a visões do ser humano e da ciência profundamente diferentes.

Em suma, deve ficar claro que nessa longa viagem que começou com o princípio da resposta condicionada, passando pelo modelo de processamento cognitivo e a aprendizagem operante, para chegar na construção social do universo encoberto de sentimentos e valores, atravessamos abismos epistemológicos e colocamos lado a lado estratégias terapêuticas com diferentes níveis de apoio empírico. Começamos no behaviorismo clássico com suas hipóteses concernindo mecanismos neurais e finalizamos com as promessas tácitas da Análise Clínica do Comportamento para uma clínica comportamental da subjetividade.

Precisamos reconhecer também que num outro nível nesta viagem do mecanicismo extremo para o contextualismo radical, fechou-se um círculo. Estamos de volta na filosofia da Terapia Comportamental Clássica onde a dor é a maneira em que a pessoa que é atingida pelo mundo reage. A dor crônica é o que ela faz com o que o mundo fez com ela. A Análise Clínica do Comportamento confessa um culto

da experiência direta e do enfrentamento muito similar ao que encontramos na Terapia Comportamental Clássica. O início e o fim desta viagem é a compreensão que dor é comportamento.

Referências

- American Psychological Association (1998). *Taskforce on empirically supported psychological treatments: An update on empirically supported psychological treatments*. Washington, DC: APA.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C., Gauthier, J. & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and non-opioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 563-571.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Burns, J., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 81-91.
- Bland, E. D. & Henning, D. D. (2000). *Finding meaning in chronic pain: The dynamics of acceptance*. California: International Network on Personal Meaning. (Disponível online em http://www.meaning.ca/pdf/2000proceedings/earl_bland.pdf)
- Camacho, L. & Aarte, M. (2001). Importancia de las creencias en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 19, 453-470.
- Cairns, D. & Pasino, J. (1977). Comparison of verbal reinforcement and feedback in the operant treatment of disability due to chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 8, 621-630.
- Chambless, D. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 230-235.
- Cordova, J. & Kohlenberg, R. (1994). Acceptance and the therapeutic relationship. Em S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette & M. Dougher (Orgs.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 125-142). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M. (1994). The act of acceptance. Em S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette & M. Dougher (Orgs.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 37-45). Reno, NV: Context Press.
- Drobes, D. & Lang, P. (1995). Bioinformational theory and behavior therapy. Em W. O'Donohue & L. Krasner (Orgs.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 229-258). Washington, DC: American Psychological Association.
- Endler, N., Corace, K., Summerfeldt, L., Johnson, J. & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 34, 323-346.
- Eysenck, H. (1959). Learning theory and behavior therapy. *The Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Eysenck, H. (1987). Behavior therapy. Em H. Eysenck & I. Martin (Orgs.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum.
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- Gray, J. (1975). *Elements of a two process theory of learning*. New York: Academic Press.
- Hayes, S. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. Em S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette & M. Dougher (Orgs.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. (2001). On being visited by the vita police. *Behavior Therapist*, 25, 134-137.
- Hayes, S. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9, 101-106.
- Hayes, S., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R., Rosenfarb, I., Cooper, L. & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Pankey, J. & Gregg, J. (2002). Anxiety and acceptance and commitment therapy. Em E. Gosh & R. DiTomasso (Orgs.), *Comparative treatments of anxiety disorders*. New York: Springer.

- Kazdin, A. (1984). *Behavior modification in applied settings* (3rd ed.). Homewood: Dorsey Press.
- Keefe, F., Dunsmore, J. & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. Em F. Abueg, V. Follette & J. Ruzek (Orgs.), *Trauma in context: A cognitive behavioral approach* (pp. 42-55). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R., Tsai, M. & Dougher, M. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Lang, P. (1970). Stimulus control, response control, and desensitisation of fear. Em D. Levis (Org.), *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine.
- Luciano, C., Visdómine, J., Gutiérrez, O. & Montesinos, F. (2001). ACT e dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 473-502.
- Linton, S., Bradley, L., Jensen, I., Spangfort, E. & Sundell, L. (1989). The secondary prevention of low back pain: A controlled study with follow-up. *Pain*, 36, 197-207.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McNeil, R. & Burnett, M. (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery. *Behavior Research and Therapy*, 30, 513-520.
- Miller, A. & Kratochwill, T. (1979). Reduction of frequent stomach aches by time out. *Behavior Therapy*, 10, 211-218.
- Schorr, A. (1984). *Die verhaltenstherapie: Ihre geschichte von den anfängen bis zur gegenwart*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Skinner, B.F. (1975). The ethics of helping people. *Criminal Law Bulletin*, 11, 623-636.
- Sokolov, Y. (1963). *Perception and the conditioned reflex*. Oxford: Pergamon Press.
- Smarr, K., Parker, J., Wright, G., Stucky-Ropp, R., Bucklew, S. & Hoffman, R. (1997). The importance of self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10, 18-26.
- Thorn, B., Boothby, J. & Sullivan, M. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 127-138.
- Turk, D., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turner, J., Jensen, M. & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Vlaeyen, J., Haazen, I., Schuerman, J., Kole-Snijders, A. & van Eck, H. (1995). Behavioural rehabilitation of chronic low back pain: Comparison of an operant treatment, an operant-cognitive treatment and an operant-respondent treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 95-118.
- Vlaeyen, J., Nooyen-Haazen, I., Goossens, M., van Breukelen, G., Heuts, P. & Goëte, H. (1997). The role of fear in the cognitive-educational treatment of fibromyalgia. Em T. Jensen, J. Turner & Z. Wieselgeld-Hallin (Orgs.), *Progress in pain research and management* (Vol. 8; pp. 693-706). Seattle, WA: IASP Press.
- Vlaeyen, J., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, P. & van Breukelen, G. (2002). The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: Further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clinical Journal of Pain*, 18, 251-261.
- Vlaeyen, J., de Jong, J., Onghena, P., Kerckhoffs-Hanssen, M. & Kole-Snijders, A. (2002). Can pain-related fear be reduced? The application of exposure in vivo. *Pain Research and Management*, 7, 144-153.
- Weisenberg, M. (1987). Psychological intervention for the control of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 301-312.

Recebido: 04/07/2003

1ª revisão: 20/10/2003

Aceite final: 04/03/2004

Sobre o autor

Luc Vandenberghe é Mestre pela *Rijks Universiteit Gent* e Doutor pela *Universite de l'Etat a Liege*. É Professor da Universidade Católica de Goiás.