
Clínica em Psicologia I



FLÁVIO DA SILVA BORGES

ROBERTA MAIA MARCON

2016/1

História da psicoterapia comportamental

Adriana B. Barcelos
Verônica Bender Haydu

A Terapia Comportamental constituiu-se em um movimento formal somente na década de 60 e foi difundida mundialmente na década seguinte. A sua origem está fundamentada em diversas posições teóricas e os métodos psicoterápicos atuais evoluíram a partir de uma variedade de técnicas e procedimentos de intervenção praticados no século passado.



Devido ao fato de a Terapia Comportamental ter sua origem em diversas posições teóricas, a sua evolução ao longo dos anos é acompanhada por inúmeras discussões e divergências quanto aos princípios teóricos e metodológicos que a caracterizam. Esta divergência está refletida em parte na terminologia empregada para denominar esta área de atuação profissional, sendo as expressões Modificação do Comportamento e Terapia Comportamental as mais comumente empregadas. A primeira foi utilizada principalmente por autores que fundamentaram seus estudos no paradigma de condicionamento operante e a segunda para designar estudos baseados no paradigma de condicionamento respondente. Estas duas expressões também foram empregadas de forma distinta em relação ao tipo de situação de intervenção, sendo Modificação do Comportamento usada para identificar procedimentos realizados em situações grupais e institucionais. Terapia Comportamental, por sua vez, foi utilizada principalmente em contexto clínico tradicional, em que a intervenção é feita com pacientes externos individuais. A distinção entre estas duas expressões, no entanto, nunca foi amplamente aceita, verificando-se que a maioria dos autores da área tende a utilizá-las como sinônimas, como foi feito por Ullmann e Krasner (1965). Atualmente, observa-se que há uma tendência para o uso predominante da expressão Terapia Comportamental e é devido a esta tendência que esta expressão será empregada prioritariamente no presente capítulo.

DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL

A análise da origem da Terapia Comportamental deve iniciar, como foi feito por Kazdin (1985), com a descrição do efeito mais abrangente que o desenvolvimento da Filosofia, das Ciências Biológicas e da Física exerceram na formação da Psicologia como uma ciência natural. Neste sentido, foram decisivos tanto o desenvolvimento de pesquisas e os avanços na elaboração de teorias da Física que possibilitaram uma maior compreensão da matéria física, quanto a evolução das pesquisas em Biologia que tornaram possível o progresso na compreensão da etiologia de determinadas doenças orgânicas e dos procedimentos para o seu tratamento. Além disso, a proposição da teoria de Darwin, com seus conceitos de adaptação dos organismos a seu ambiente e da continuidade das espécies, foi fundamental para a constituição da Psicologia e o subsequente processo de desenvolvimento da Terapia Comportamental.

De forma mais específica, Kazdin (1985) considera que a atual Terapia Comportamental evoluiu principalmente a partir do desenvolvimento das pesquisas em Fisiologia na Rússia, do surgimento do Behaviorismo na América e de desenvolvimentos na Psicologia da Aprendizagem. Todo esse progresso científico geral contribuiu para o surgimento dos quatro principais enfoques conceituais dentro da Terapia Comportamental que são a orientação de Condicionamento Respondente, a orientação de Condicionamento Operante, a teoria da Aprendizagem Social e a Modificação de Comportamento Cognitivo.

As orientações respondente e operante foram as primeiras a serem elaboradas e surgiram, no início do século XX, a partir dos trabalhos de Pavlov (1903, 1919, 1921) e de Thorndike (1911), respectivamente. Pavlov estabeleceu os princípios de condicionamento respondente ou clássico e Thorndike a Lei do Eleito. Esses estudos, segundo Queirós (1973), representam mais do que a simples descoberta de princípios e leis. Eles marcaram o início de uma nova atitude na ciência Psicológica que implica restringir a análise do comportamento aos eventos observáveis.

Uma outra grande contribuição para o desenvolvimento da Psicologia em geral e a Terapia Comportamental em particular, feita no início do século XX, foi dada por Watson, cujos estudos se fundamentaram no paradigma de condicionamento respondente. Em 1913, Watson publicou “A Psicologia tal como a vê um behaviorista”, artigo que fundou o Behaviorismo e sobre o qual foi sustentada a proposição de que o conceito de hábitos aprendidos poderia explicar a maior parte dos comportamentos humanos. Watson afirmou que a Psicologia, do ponto de vista behaviorista, era puramente objetiva e experimental, deixando de lado a introspecção como objeto de estudo da mesma.

A orientação operante originou das pesquisas de Thorndike (1911), mas a popularização e aplicação dos princípios de condicionamento operante a diversas áreas foram realizadas por Skinner cujo nome é freqüentemente citado, segundo Calhoun e

Turner (1981), como sinônimo de princípios de condicionamento operante.

A análise do desenvolvimento da Terapia Comportamental será feita a seguir em ordem cronológica, por décadas, destacando-se algumas das principais contribuições para o surgimento das quatro orientações acima citadas e que exerceram influência significativa na prática terapêutica brasileira. Serão analisados brevemente os estudos que consideram básica a noção de que a Terapia Comportamental parte do princípio de que os comportamentos são aprendidos. Mesmo o comportamento desajustado se desenvolve por meio de um processo de aprendizagem e é por meio de aprendizado que o indivíduo com problemas adquire comportamentos apropriados e ajustados

1. Década de 20

Na década de vinte foram realizadas, principalmente, pesquisas baseadas no paradigma respondente, podendo ser encontrados estudos sobre reações emocionais como o medo e trabalhos de aplicação clínica destes princípios no tratamento de maus hábitos e alcoolismo. O estudo clássico sobre condicionamento respondente é o de Watson e Rayner (1920) os quais condicionaram respostas de medo a um rato branco, em um bebê de onze meses, demonstrando a generalização do medo a outros animais e também a objetos de pelúcia. Destacam-se ainda, nessa época, os estudos de Jones (1924), que demonstrou experimentalmente a extinção do medo de

animais em crianças; de Krasnogorsky (1925), que elaborou a técnica de inundação para a superação de neuroses experimentais em crianças, e de Kantorovich (1929), que utilizou procedimentos terapêuticos aversivos para o tratamento do alcoolismo.

2. Década de 30

O Behaviorismo de Watson estendeu-se de 1912 a 1930, tendo como meta fornecer à Psicologia uma base para avançar de maneira mais rápida e segura na produção de conhecimentos e superar a estagnação gerada pelo método introspectivo nessa ciência. No entanto, este objetivo não foi completamente atingido, pois no começo da década de 30 havia muita pesquisa experimental, mas poucos princípios preditivos. Tais fatos impulsionaram o emergir de uma nova postura dentro do Behaviorismo. De acordo com esta nova postura, o objetivismo foi proposto no plano conceitual, envolvendo uma elaboração teórica rigorosa. A obra de Hull (1935), *The conflicting psychologies of learning — a way out*, representa uma grande contribuição neste sentido. Assim, nessa época, a análise das variáveis intervenientes ou de determinantes internos do comportamento foi introduzida na orientação operante, evento que antecedeu o surgimento da terapia Comportamental Cognitiva, em anos subsequentes.

A Psicologia da Aprendizagem começou a ter cada vez mais relevância na explicação da aquisição do comportamento, surgindo entre as diversas outras teorias da aprendizagem, a teoria da

Aprendizagem Contígua (Guthrie, 1935), que propõe ser a aprendizagem determinada pelo emparelhamento entre o estímulo e a respostas.

Nessa época destacam-se ainda os estudos de Thorndike (1932), que demonstraram a importância das conseqüências no controle do comportamento e que contribuíram para a elaboração do paradigma de condicionamento operante desenvolvido por Skinner (1935, 1937). Como foi citado anteriormente, Skinner passou a ser o principal representante desta orientação e os princípios de condicionamento operante foram considerados como sendo aqueles que explicam a maior parte dos comportamentos humanos e animais. Em 1938, Skinner contribuiu para formalizar a distinção entre a metodologia de Pavlov e a de Thorndike, introduzindo a terminologia atualmente utilizada para identificar os princípios de condicionamento respondente e de condicionamento operante.

De modo geral a proposição dos princípios de condicionamento operante foi muito significativa para a evolução da Terapia Comportamental, no entanto, na década de 30, ainda predominaram os estudos envolvendo o paradigma respondente. Como exemplos deste último tipo de estudo podem ser citados os trabalhos de Dunlap (1932), que explorou as possibilidades terapêuticas de uma técnica chamada “prática negativa”, a qual consistiu em eliciar repetidamente hábitos motores indesejáveis; Guthrie (1935) criou uma técnica precursora da dessensibilização sistemática; e Mowrer e Mowrer (1938), que propuseram técnicas de tratamento de crianças com enurese.

3. Década de 40

De maneira inequívoca, as características gerais da postura behaviorista mudaram novamente a partir de meados da década de 40. O comportamento passou a ser explicado, também, por meio dos conceitos de instinto, de percepção e de pensamento. Pesquisas a respeito das bases fisiológicas do comportamento foram desenvolvidas, em especial do sistema nervoso, e os estudiosos recorreram, em maior grau, às formulações teóricas. Guthrie (1942), em sua obra *Conditioning: a theory of learning in terms of stimulus, response, and association*, definiu o estímulo em termos perceptuais, levando em consideração o significado deste para o organismo e tentou avançar em relação à definição da resposta considerada como sendo um movimento no espaço. Foram assim caracterizadas as bases para o surgimento de uma nova postura behaviorista, a qual emergiu a partir da década de 50. como precursora da atual Terapia Comportamental Cognitiva. Por outro lado, Skinner (1945) desenvolveu sua filosofia da Ciência do Comportamento, denominando-a Behaviorismo Radical, nome pela qual a posição deste autor é conhecida até hoje. Para Skinner, o Behaviorismo Watsoniano não alcançou seu potencial porque nunca conseguiu explicar de maneira adequada o comportamento verbal.

Entre os trabalhos mais relevantes realizados na década de 40, de acordo com a orientação respondente, deve ser destacado o de Salter (1941), que elaborou técnicas de auto-hipnose para o autocontrole, o tratamento da gagueira, o roer unhas e a insônia, baseando-se nos trabalhos de Pavlov sobre excitação e inibição. Em 1949, Salter publicou o livro, *Conditioned reflex of per-sonality*, no qual

apresentou a base conceitual de suas técnicas. A importância do trabalho de Salter está relacionada ao fato de terem sido elaboradas técnicas de modificação do comportamento que se assemelham às práticas contemporâneas de treinamento assertivo, dessensibilização sistemática, autocontrole, ensaio comportamental e tratamento baseado na imaginação (Kazdin, 1985).

Outro estudo importante, que investigou os processos de condicionamento respondente, foi realizado por Masserman (1943), que em suas pesquisas experimentais com gatos, questionou a posição dos fisiólogos quanto às bases orgânicas das neuroses. Os resultados de seu estudo mostraram que a aprendizagem tem um papel fundamental na aquisição dos comportamentos desajustados. Este trabalho teve grande importância para a prática clínica da época, por ter mudado totalmente o enfoque do tratamento das neuroses. Dentro de uma linha de pesquisa de caráter mais fisiológico deve ser citada a contribuição do estudo de Sherrington (1947) que descobriu o princípio da inibição recíproca utilizado amplamente na prática clínica.

As pesquisas de orientação operante, dessa época, foram na sua maioria desenvolvidas com organismos infra-humanos, destacando-se entre elas o estudo de Estes e Skinner (1941) sobre ansiedade condicionada. Nesse experimento a ansiedade foi registrada pela observação das alterações que o emparelhamento do tipo respondente provocou no comportamento operante, mantido por reforçamento naquela situação. Um dos primeiros estudos experimentais com seres humanos foi o de Fuller (1949), que consistiu em modelar movimentos do braço direito de um adulto profundamente retardado, que praticamente não se movimentava.

Nessa década foram feitas importantes contribuições para o desenvolvimento da Terapia Comportamental, originadas de estudos realizados em diferentes países, os quais começaram de forma independente, mas que exerceram influências recíprocas subseqüentes.

Um dos acontecimentos mais decisivos para a formação da Terapia Comportamental foi o trabalho de Wolpe (1952), na África do Sul. Wolpe estava interessado na Psicologia da Aprendizagem como uma possível fonte para o desenvolvimento de técnicas de tratamento clínico. Segundo Kazdin (1985), suas investigações foram baseadas no princípio do condicionamento respon-dente de Pavlov (1919, 1921), na teoria de aprendizagem de Hull (1935), no estudo de condicionamento de Watson e Rayner (1920) e na pesquisa de Sherrington (1947) sobre inibição recíproca. Este trabalho culminou com o desenvolvimento da técnica de dessensibilização sistemática (Wolpe. 1958).

Em relação ao desenvolvimento da Terapia Comportamental na Inglaterra distinguem-se os trabalhos de Eysenck e Shapiro. Em 1952, Eysenck publicou o livro *The effects of psychotherapy: an evaluation*, no qual criticou as práticas psiquiátricas e psicológicas tradicionais, afirmando não haver evidência científica de que as melhoras obtidas pelos clientes eram determinadas pela terapia, uma vez que estas poderiam ocorrer sem um tratamento formal, pela simples passagem do tempo. Eysenck acreditava que o psicólogo deveria ser um pesquisador e apoiar-se, principalmente, nos princípios da Psicologia Geral em sua prática clínica.

Shapiro (1952) desenvolveu seu trabalho psicoterápico com procedimentos próprios da pesquisa experimental, manipulando de maneira sistemática a variável independente (causas do comportamento) para produzir mudanças na variável dependente (comportamento anormal). Considerava que o paciente poderia servir como seu próprio controle, isto é, que a intervenção terapêutica deveria ser abordada como um estudo de caso único. Shapiro sustentava que o psicólogo clínico devia ser responsável pela formulação de suas próprias hipóteses a respeito de um determinado paciente sem necessitar, obrigatoriamente, recorrer a uma bateria de testes para formular tais hipóteses.

Na América foi destacado, nesse período, o trabalho de Dollard e Miller (1950). que elaboraram um modelo teórico do comportamento anormal, deduziram deste modelo métodos de tratamento e aplicaram tais métodos a estudos de anormalidades específicas. Nesta obra, Dollard e Miller traduziram os conceitos psicanalíticos à linguagem própria da Terapia Comportamental, o que entretanto, não contribuiu de forma marcante para a elaboração de técnicas terapêuticas.

Nessa época, o paradigma de condicionamento operante passou a exercer grande influência na orientação dos estudos e das intervenções psicoterápicas. Keller e Shoenfeld (1950, ver também tradução brasileira de 1973) e Skinner (1953) publicaram duas obras que representam importantes contribuições para a análise experimental do comportamento e para a aplicação dos princípios básicos do comportamento em diversos contextos da vida diária, embora não tenham incluído técnicas “de modificação do comportamento. Skinner (1953) dedicou, no entanto, um tópico à

psicoterapia, no qual é sugerido que as contingências de reforço estabelecidas pelo terapeuta são os principais eventos ambientais responsáveis por qualquer mudança comportamental apresentada pelo cliente.

Ainda na década de 50, destaca-se a publicação de Skinner (1957), Comportamento verbal, na qual foram definidas as unidades funcionais do comportamento verbal e as variáveis das quais este comportamento é uma função. Skinner afirmou que o reforçamento do comportamento verbal é mediado pelo ouvinte, enfatizando o papel da comunidade na modelagem e manutenção deste tipo de comportamento. A análise do comportamento verbal como um operante suscitou pesquisas sobre condicionamento verbal que investigaram a influência do experimentador sobre as verbalizações do sujeito, sendo que alguns destes estudos foram conduzidos em situações que lembravam a psicoterapia (por exemplo, Krasner, 1955. 1958). Tais estudos demonstram a importância do condicionamento verbal operante para a interação entre terapeuta e cliente e contribuíram para a aplicação dos princípios da aprendizagem à análise do comportamento verbal em situações terapêuticas.

Um evento historicamente relevante, nessa época, foi a publicação, em 1958, do primeiro exemplar de *The Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, periódico que até hoje se caracteriza como sendo um dos principais veículos de divulgação da produção científica da área. Nesse primeiro volume Flanagan, Goldiamond e Azrin (1958) apresentaram um estudo de caráter clínico que objetivou estabelecer o controle operante da gagueira.

5. Década de 60

O contraste entre a aplicação diversificada dos estudos fundamentados no paradigma operante e a aplicação mais restrita daqueles baseados no paradigma respondente começou a tornar-se cada vez mais evidente nessa década. A orientação respondente foi direcionada cada vez mais para intervenções em situações clínicas com pacientes externos, enfocando os comportamentos neuróticos e a utilização de técnicas que procuram reduzir a ansiedade dos pacientes. As obras relevantes desta postura são as de Eysenck (1960a e b) e Wolpe (1966). Eysenck (1960a) apresentou uma série de estudos de caso que utilizaram variações dos procedimentos de condicionamento respondente. Eysenck (1960b) demonstrou que as reações neuróticas de humanos e de animais não são facilmente elimináveis pela eliciação repetida das mesmas e propôs técnicas de intervenção, usando a inibição recíproca e o contracondicionamento gradativo da ansiedade. Wolpe (1966) aplicou a dessensibilização sistemática a pacientes fóbicos.

Por outro lado, a orientação operante tendeu a diversificar sua área de atuação, baseada no pressuposto de que o comportamento dos organismos é função direta do ambiente e que o melhor lugar para modificar o comportamento-problema é o próprio ambiente em que ele ocorre (Queirós, 1973). Esta característica da orientação operante pode ser constatada a partir das inúmeras publicações de intervenção em uma variedade de contextos (ver, por exemplo, Ulrich, Stachinick e Mabry, 1966, ver também tradução mexicana de 1973). Dois estudos que se tornaram representativos deste tipo de atuação foram os de Ayllon e Azrin (1968), que trabalharam na implantação de

um sistema de reforçamento com fichas para pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Duas obras que não podem deixar de ser citadas devido ao grande impacto que as mesmas produziram na atuação dos terapeutas comportamentais foram as de Ullmann e Krasner (1965, 1969). A primeira reuniu uma coletânea de estudos de caso realizados por diversos autores, tanto de orientação respondente como operante, em procedimentos de intervenção clínica com adultos e crianças, como por exemplo, em casos de fobias, problemas sexuais, gagueira e birras infantis. Na segunda obra foi reenfocado o pressuposto de que o comportamento anormal é aprendido por suas conseqüências, da mesma maneira que o comportamento normal.

Uma outra grande contribuição para o desenvolvimento da Terapia Comportamental foi a publicação do primeiro número de *The Journal of Applied Behavior Analysis*, em 1968. O título deste periódico introduziu uma nova expressão (Análise do Comportamento Aplicada) que foi utilizada, mais especificamente, para denominar a orientação operante caracterizada pela aplicação diversificada do paradigma operante a diversos contextos.

De acordo com Martin e Pear (1983), nos anos 70, a Terapia Comportamental foi consagrada como um movimento mundial. Contribuições significativas para o desenvolvimento da Terapia Comportamental foram realizadas na Austrália e em diversos países da América e da Europa, como, por exemplo, pesquisas sobre treino para a aquisição de comportamento social por parte de crianças pequenas, autocontrole (tabagismo, obesidade, alcoolismo), terapia

sexual, avaliação comportamental de crianças portadoras de deficiências, e muitas outras.

Também nessa década os terapeutas comportamentais, de orientação operante, começaram a interessar-se pela avaliação sistemática e o desenvolvimento de métodos para melhorar diversas áreas importantes para a sociedade como: integração social, controle da poluição ambiental, utilização de transportes coletivos, problemas na indústria, planejamento ambiental, funcionamento governamental, reforma penitenciária, teoria econômica e política de empregos. E cada vez mais foi documentada a presença de terapeutas comportamentais em áreas tais como medicina, psicologia comunitária, psicologia organizacional, lazer e educação física.

Em relação à aplicação de técnicas baseadas no paradigma respondente, foi observado que, nessa década, passou-se a considerar a dessensibilização sistemática como uma das técnicas-padrão, utilizadas para o tratamento de fobias. Não obstante, foram realizados diversos estudos experimentais cujos resultados levaram ao questionamento da fundamentação teórica proposta inicialmente para a técnica elaborada por Wolpe (1966), tendo sido alteradas partes do procedimento original.

Apesar de avanços significativos terem sido realizados na proposição de princípios comportamentais e na aplicação de tais princípios nos processos terapêuticos, a prática da Terapia Comportamental sofreu muitas críticas devido ao seu marcado tecnicismo e por suas deficiências em lidar com os comportamentos humanos complexos, como as cognições. Numa tentativa de lidar com

esses conteúdos emergiram, nessa década, a teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977) e a Modificação de Comportamento Cognitiva, defendida por Ellis (1974) e Beck (1979, ver também tradução brasileira de 1982), entre outros. Esta última utiliza técnicas fundamentadas em princípios comportamentais, porém, atribui status causal dos comportamentos aos processos mediacionais cognitivos os quais passam a explicar os comportamentos. Por outro lado, a teoria da Aprendizagem Social postula a explicação causal do comportamento na interação do ambiente externo com os processos mediacionais do indivíduo, como auto-eficácia percebida, modelagem abstrata etc.

Segundo Vaughan (1989), o avanço da Terapia Comportamental Cognitiva levou os pesquisadores da área operante a desenvolverem um número maior de pesquisas com seres humanos e contribuiu para que Skinner (1966) desenvolvesse o conceito de Comportamento Governado por Regras. Vaughan destacou, no entanto, que esta evolução foi, além disso, conseqüência da maturidade da própria Ciência do Comportamento.

A influência marcante das duas orientações cognitivistas sobre a prática da terapia comportamental é evidenciada nas publicações dos manuais desta área, entre os quais se destacam as seguintes obras: Prática da terapia comportamental, de Wolpe (1973, ver também tradução brasileira de 1986), Behavior therapy, de Yates (1970, ver também tradução mexicana de 1973), e Behavior therapy, de Rimm e Masters (1979, ver também tradução brasileira de 1983). Nessas três obras são apresentadas revisões históricas do surgimento da Terapia Comportamental e, de maneira consideravelmente completa, a

fundamentação teórica desta abordagem terapêutica. Esses livros incluem capítulos que descrevem e fundamentam um conjunto de técnicas terapêuticas aplicadas a comportamentos-problema específicos como enurese, fobias, alcoolismo, obesidade e outros. Um amadurecimento mais acentuado é observado, em termos de sistematização da Terapia Comportamental, com base nos resultados de sucessivas aplicações. Além disso, há uma tendência por parte dos autores ou organizadores, com exceção de Wolpe (1973), a incluírem propostas de análise de alguns comportamentos-problema, a partir de uma postura cognitivista.

7. Década de 80

Na década de 80 foi publicada uma obra muito importante para a Terapia Comportamental no Brasil, organizada por Lettner e Rangé (1987) e intitulada Manual de psicoterapia comportamental. Esta obra também foi organizada da mesma forma que as de Wolpe (1973), Yates (1970) e a de Rimm e Masters (1978), publicadas na década anterior. A análise desse material bibliográfico permite constatar que a influência da abordagem cognitiva é muito marcante. Esta postura é, no entanto, muito criticada por diversos autores (por exemplo, Sidman, 1986; Skinner, 1977; Zettle e Hayes, 1982), que argumentam ser desnecessário apelar para conceitos cognitivos ao se analisar o comportamento humano nos diversos contextos, incluindo o clínico. De acordo com esta posição foram publicados nas décadas de 80 e 90 diversos trabalhos que apresentam propostas de intervenção terapêutica baseadas no Behaviorismo Radical e na análise do

comportamento verbal. Entre essas publicações podem ser destacadas, o artigo de Hayes (1987) intitulado “A contextual approach to therapeutic change” e o de Kohlemberg e T’Sai (1987), “Functional analytic psychotherapy”.

Hayes (1987) enfatizou em seu trabalho os aspectos da natureza e das causas do comportamento, baseando-se em princípios fundamentais do Behaviorismo Radical como o contextualismo, o monismo e o funcionalismo. A proposta deste autor apoia-se fortemente nas decorrências do conceito de Comportamento Governado por Regras, o qual implica controle por estímulos de natureza verbal. Hayes definiu os estímulos verbais como estímulos que possuem propriedades eliciadoras, estabelecedoras, reforçadoras ou discriminativas devido a sua participação em quadros relacionais. Para compreender os fenômenos clínicos adultos é necessário, segundo Hayes, entender por que as regras têm efeitos tão marcantes e generalizados sobre a influência que o ambiente exerce sobre o comportamento humano. Hayes afirma que uma modificação do controle exercido por regras sobre outras classes de comportamento pode envolver a alteração das contingências que implicam controle verbal, sem ter que primeiro mudar as próprias regras.

Só recentemente os terapeutas comportamentais passaram a considerar a mudança comportamental em clínica como determinada, em grande parte, pela relação entre o cliente e o terapeuta. O trabalho de Kohlemberg e T’Sai (1987) reflete esta preocupação, propondo estabelecer um relacionamento genuíno e significativo, que implica um envolvimento emocional profundo entre terapeuta e cliente. Esta abordagem terapêutica tem fornecido uma linguagem que esclarece a

interação entre o comportamento de um indivíduo e o ambiente natural, sendo seus procedimentos baseados no esquema conceitual desenvolvido por Skinner (1945, 1953, 1957, 1974). Este enfoque terapêutico enfatiza a análise funcional dos comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem em sessão, com os quais o terapeuta vai trabalhar e aplicar o princípio de reforçamento natural para a aquisição, manutenção e generalização de comportamentos dos clientes.

As obras de Hayes (1987) e de Kohlemberg e T’Sai (1987) caracterizam tendências contemporâneas marcantes dentro da Terapia Comportamental, mas não as únicas. A orientação mais tecnicista dentro da mesma, característica da década de 70, convive com estes novos enfoques terapêuticos.

Status atual da terapia comportamental

Ao discutir o que é Terapia Comportamental, hoje, implica considerar os caminhos que representam a orientação de Condicionamento Respondente e a orientação de Condicionamento Operante. No caso de tomar a expressão Terapia Comportamental em sentido mais amplo, podem ser considerados um terceiro e quarto caminhos que são o da teoria de Aprendizagem Social, Modificação do Comportamento Cognitivista.

De acordo com Sant’Anna e Gongora (1987), o status da Terapia Comportamental nas décadas de 70 e 80 sustentava-se na perspectiva monista, posição esta que não implica a exclusão de

variáveis orgânicas como determinantes do comportamento. O comportamento anormal é aprendido e explicado segundo os mesmos princípios do comportamento normal que é assim classificado pelo julgamento social. O terapeuta interage com o cliente considerando-o como uma pessoa normal, que é tanto produto como produtor de contingências e isso determina a direção da modificação de seu comportamento e de sua identidade. O procedimento metodológico adotado consiste em avaliar primeiro, devido aos objetivos terapêuticos, os comportamentos-problema. A avaliação e a intervenção são processos imbricados, sendo realizados durante toda a terapia. Quando o cliente aprende a aplicar a Análise Funcional do Comportamento às contingências ambientais determinantes de suas queixas, são conseguidos resultados terapêuticos mais duradouros e generalizados. A Terapia Comportamental é considerada como sendo limitada se comparada às contingências naturais, por esse motivo deve auxiliar aqueles indivíduos que realmente precisam dela e somente em um determinado período de suas vidas.

Essas características definidoras do status da Terapia Comportamental podem ser consideradas como sendo válidas até hoje. A Terapia Comportamental evoluiu com as contribuições dadas pelas abordagens terapêuticas de Hayes (1987) e de Kohlemberg e T'Sai (1987) e continua evoluindo a partir do trabalho destes e de outros autores, como os de Rosenfarb (1992), Follete, Bach e Follete (1993) e Sant'Anna (1994).

Rosenfarb (1992), assim como Kohlemberg e T'Sai(1987), aplica princípios de aprendizagem à análise dos processos que fazem com que as mudanças terapêuticas sejam produzidas pela própria relação

terapêutica, que é identificada por Rosenfarb como um processo de modelagem em que o terapeuta modifica seu próprio comportamento interpessoal em razão do comportamento do cliente. As conseqüências da interação com o terapeuta são usadas para modelar novas respostas do cliente, tanto verbais como não-verbais. O autor afirma que o terapeuta usa de reforçadores naturais quando seu comportamento está sob o controle do comportamento do cliente e não sob o controle de contingências fora da relação, sendo que o uso de reforçadores naturais como o reforçamento social dentro da relação terapêutica ajuda a assegurar que as mudanças feitas dentro da relação terapêutica se generalizarão ao ambiente natural.

Follete, Bach e Follette (1993) propõem a redefinição do conceito de saúde mental assim como a elaboração de um sistema alternativo ao Diagnostic and Statistic Manual (DSM III-R). Os autores sustentam que a avaliação dos resultados da interação terapêutica deveria discriminar entre as pessoas e seu comportamento, analisando cada elemento da contingência de três termos e não deveria equiparar-se à avaliação do comportamento patológico. Para Follete et al. (1993), indivíduos psicologicamente saudáveis parecem ser aqueles cujo comportamento está sob o controle das contingências em vez de estarem excessivamente sob o controle de regras e que, simplesmente, aceita sua história de vida, não se comportando como se ela fosse também o seu futuro. Para os autores, os indivíduos psicologicamente saudáveis apresentam equilíbrio entre sua suscetibilidade aos reforços de curto e de longo prazo e procuram mudar o meio ambiente quando este não os favorece.

Quadro 1. Acontecimentos históricos na evolução da terapia comportamental.

	Fim do século passado começo do século XX	Década de 20	Década de 30	Década de 40	Década de 50	Década de 60	Década de 70	Década de 80 até os nossos dias
Eventos históricos que influenciaram ambas as abordagens	Surgimento da Psicologia Experimental (1913)	Insatisfação com a Psicologia tradicional	Lei do Efeito (Thorndike, 1931, 1932, 1933)	Extensão dos princípios operantes a diferentes áreas da vida social humana, por meio da análise funcional do comportamento (Skinner, 1938)	Extensão dos princípios operantes a pacientes experimentalmente retardados (Fidler, 1949)	Mais aplicações: Economia de fichas com psicóticos (Ayllon e Azrin, 1965 e 1968)	Diversas obras sobre Terapia Comportamental: <i>Prática da terapia comportamental</i> (Wolpe, 1970)	Publicação do <i>Manual de psicoterapia comportamental</i> (Lichner e Rangé, 1987)
Orientação Respondente	Surgimento do Behaviorismo de Watson nos EUA (1913)	Descondicionamento de medos infantis (Jones, 1924)	Teoria da Aprendizagem por Condutividade (Guthrie, 1935)	Teoria da aprendizagem de Hull (1943)	Obra de Dollard e Miller (1950)	Centros Universitários de tratamento de descondicionamento de problemas neurológicos crônicos	Emergência da Terapia Comportamental Cognitiva e da Teoria da Aprendizagem Social	Continuação da tendência da década anterior
	Técnicas precursoras das atuais técnicas de treinamento em auto-instrução, de economia de fichas etc.	Procedimentos terapêuticos aversivos para o tratamento do alcoolismo (Kamortvich, 1920)	Tratamento de enxaquecas (Mower e Mowrer, 1938)	Técnicas precursoras do Tratamento Assertivo, Descondicionamento, Autocontrole, Ensaio Comportamental e "Imaginação"	Desenvolvimento da Sistematização com base no Princípio da Inibição (Wolpe, 1952)	Revisita <i>Behavior Research and Therapy</i> (Eysenck, 1963)	Continua a aplicação de descondicionamento sistematizado para o tratamento das fobias crônicas	
			Distinção entre operante e respondente (Skinner, 1938)	Integração da Orientação Operante	Estudo de casos individuais (Shapiro)	<i>Behavior therapy and the neurotic: estudo de casos em que eram aplicados variações dos procedimentos de condicionamento respondente e de inibição recíproca</i> (Eysenck, 1960)		
				Alguns estudos e aplicações: pacientes profundamente retardados (Fidler, 1949)	Aplicação de procedimentos operantes a pacientes psicóticos internos (Lindley e Skinner, 1953)	Condição de verbalização (Rasch, Tombs e Goldiamond, 1960; Richard, Dignani e Honer, 1960)	Pesquisas sobre autocontrole (habituário, obesidade, alcoolismo), terapia sexual	Abordagens terapêuticas não-terceiristas (Hayes, 1987; Kohlenberg e T'Sai, 1987)
							Trabalhos em: integração social, controle da população ambiental, teoria econômica, funcionamento governamental, etc., física etc.	Progressos na área do Comportamento Verbal (comportamento governado por regras)

O papel que a história de vida tem na questão do controle e da previsão dos comportamentos-problema do cliente também foi examinado por Sant'Anna (1994). Para este autor, as contingências atuais controlam e determinam a probabilidade do comportamento que é resultado do contexto histórico e é explicado pelo mesmo. Porém, tal história individual não está na pessoa que se comporta e não indica os aspectos em que a intervenção clínica deve ser feita, pois a história de reforçamento de uma pessoa não pode ser modificada. A intervenção clínica contribui com a história a partir do momento presente, mudando as contingências do momento para que este contexto produza agora a mudança de comportamento desejada. O terapeuta trabalha com o momento presente, tendo em vista o futuro do cliente, o que implica o conceito de previsão.

Kohlenberg, T'Sai e Dougher (1993) avançaram na análise dos comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem em sessão e estão desenvolvendo o que denominam de Análise do Comportamento Clínico. Estes autores começaram a analisar a interação verbal que ocorre na sessão de acordo com os princípios de formação de classes de equivalência. Hayes e Wilson (1993) enfatizaram que a mudança na forma de analisar as relações verbais, que ocorrem na situação clínica, implica um grande avanço para a área clínica e essa parece ser a tendência atual.

Conclusões

Um panorama das contingências que propiciam o surgimento e a progressiva constituição da Terapia Comportamental em um movimento mundial foi apresentado. Este panorama está sumariamente representado no Quadro 1. Neste momento cabe, porém, a ressalva de que este panorama abrange os eventos históricos mais relevantes a esta questão que influenciaram a postura terapêutica praticada no Brasil. Não se pretendeu nem houve condições de esgotar o enorme número de obras publicadas acerca da Terapia Comportamental em todo o mundo.

A Terapia Comportamental percorreu um longo caminho e abrem-se caminhos promissores à sua frente. No entanto, para que ela possa avançar mais rapidamente e com maior segurança é necessário partir de uma posição teórica firme para poder explicar o comportamento do cliente assim como analisar por que as técnicas empregadas funcionam.

Ao longo dos últimos 20 anos houve considerável avanço na área do comportamento verbal, por meio da pesquisa sobre o seguimento e a formulação de regras e da pesquisa acerca do responder relacional, como a equivalência de estímulos. Estes dados não foram inteiramente incorporados ao referencial teórico da Análise do Comportamento porque as pesquisas nessa área são muito recentes. No entanto, parece inevitável que os resultados dessas pesquisas terão como consequência importantes mudanças teóricas, em geral, e a proposição de alterações das intervenções na Terapia Comportamental, em particular. No caso da Terapia Comportamental,

o avanço nas pesquisas possibilitarão o tratamento dos fenômenos cognitivos a partir da perspectiva da Análise do Comportamento.

Uma das críticas mais freqüentes à Terapia Comportamental é a de que ela só é eficaz para tratar com problemas comportamentais considerados graves como, por exemplo, os de pacientes portadores de deficiências profundas. Esta crítica já não pode mais ser feita pois, mesmo que a Terapia Comportamental permita intervir em casos como esses, os princípios de análise do comportamento, principalmente os que se referem ao comportamento verbal, possibilitam realizar análises e progressos significativos no processo terapêutico de problemas comuns na clínica psicológica com pacientes externos. Problemas estes de natureza simples ou complexos, públicos ou privados.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- Ayllon, A.; Azrin, N. The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1968.
- Bandura, A. Social learning theory. Engleweeod Cliffs: Prentice-Hall, 1977.

Beck, A. T. Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

Calhoun, K. S. e Turner, S. M. Historical perspectives and current therapy. In: Turner, S. M.; Calhoun, K. S. e Adams, H. E. Handbook of clinical behavior therapy. Nova Iorque: John Wiley e Sons, Inc., 1981, pp. 1-11.

Dollard, J. e Miller, N. E. Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1950.

Dunlap, K. (1932) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M. e Kazdin, A. E. International handbook of behavior modification and therapy. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Ellis, A. Humanistic psychotherapy: the rational emotive approach. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1974.

Estes, W. K. e Skinner, B. F. Some quantitative properties of anxiety. Journal of Experimental Psychology, 1941, v. 29, 390-400. In: Catania, A. C. Investigación contemporânea en conducta operante. México: Trilhas. 1974, pp. 320-327.

Eysenck, H. J. The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology, 1952, v. 16, ns 5, pp. 319-324.

Eysenck, H. J. Behavior therapy and the neuroses. Nova Iorque: Pergamon, 1960(a).

Eysenck, H. J. The effects of psychotherapy. In: Eysenck, H. J. (Ed.), Handbook of abnormal psychology: an experimental approach. Londres: Pitman, 1960 (b).

Flanagan, B.; Goldiamond, I.; Azrin, N. Operant stuttering: the control of stuttering behavior through response contingent consequences. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 1958, v. 1, 173-177.

Follette, W. C.; Bach, P. A.; Follette, V. M. A behavior analytic view of psychological health. The Behavior Analyst, 1993, v. 16, n- 2, pp. 303-316.

Fuller, P. R. El condicionamento operante de un organismo humano vegetativo. American Journal of Psychology, 1949, 62, 587-590. In: Ulrich, R; Stachnik, T.; Mabry, J. Control de la conducta humana. México: Trilhas, 1973. pp. 132-135.”

Guthrie, E. R. The psychology of learning. Nova Iorque: Harper, 1935.

Guthrie, E. R. (1942) apud Hilgard, E. R. Teorias da aprendizagem. São Paulo: EPU, 1975.

Hayes, S. C.; Wilson, K. G. Some applied implications of a contemporary behavior analytic account of verbal events. The Behavior Analyst, 1993, v. 16, n5 2, pp. 283-310.

Hayes, S. C. A contextual approach to therapeutic change In: Jacobson, N. S. (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. Nova Iorque: Plenum Press, 1987, pp. 327-387.

Hull, G. L. (1935) apud Hilgard, E. R. *Teorias da aprendizagem*. São Paulo: EPU, 1973.

Isaacs, W.; Thomas, J.; Goldiamond, I. Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics. In: Ullmann, L. P.; Krasner, L. *Case studies in behavior modification*. Nova Iorque: Holt, Rinehart e Winston, 1965, pp. 65-68.

Jones, M. C. The elimination of children fears. *Journal of the Experimental Psychology*, 1924, v. 7, ns 5, pp. 382-390.

Kantorovich, N. V. (1929) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Keller, F. S.; Schoenfeld, W. N. *Princípios de psicologia: um texto sistemático na ciência do comportamento*. São Paulo: EPU, 1973.

Kohlenberg, R. J.; T'Sai, M. Functional analytic psychotherapy. In: Jacobson, N. *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. Nova Iorque: Guildford, 1987, pp. 388-443.

Kohlenberg, R. J.; T'Sai, M.; Dougher, M. J. The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 1993, v. 16, nQ 2, pp. 271-282.

Krasner, L. (1955) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Krasnogorsky, N. I. (1925) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Lazarus, A. A. *Terapia comportamental na clínica*. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.

Lettner, H. W.; Rangé, B. P. *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole, 1987.

Lindsey, O. R.; Skinner, B. F. (1953) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Martin, G.; Pear, J. Behavior modification: what it is and how to do it. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1983.

Masserman, J. H. (1943) apud Kazdin, Q. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. International handbook of behavior modification and therapy. Nova Iorque: Plenum Press, 1985.

Mowrer, O. H.; Mowrer, W. M. (1938) apud Martin, G.; Pear, J. (1983) Behavior modification: what it is and how to do it. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1983.

Pavlov, I. P. Discurso pronunciado en una de las sesiones generales del Congreso Médico Internacional de Madrid, Abril de 1903. In: Pavlov, I. P. Los reflejos condicionados, aplicados a la psicopatología y psiquiatría. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos, 1960.

Pavlov, I. P. Informe lido na Sociedad de Psiquiatría de Petrogrado em 1919 (Revista Rusa de Fisiología, 1919). In: Pavlov, I. P. Los reflejos condicionados, aplicados a la psicopatología y psiquiatría. Montevideo: Ediciones Pueblos Nuevos, 1960.

Pavlov, I. P. Sobre la llamada hipnosis de los animales. Informe presentado na sessão de Ciências Físico-Matemáticas da Academia Rusa de Ciências, em 9 de novembro de 1921. In: Pavlov, I. P. Los reflejos condicionados, aplicados a la psicopatología y psiquiatría. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos, 1960.

Pavlov, I. P. Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activities of the cerebral cortex. Londres: Oxford University Press, 1924.

Queirós, L. O. de S. Modificação de comportamento numa ala de pacientes crônicos utilizando o sistema de economia de fichas. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1973.

Rickard, W. C.; Dignam, P. J.; Horner, R. F. Verbal manipulation in a psychotherapeutic relationship. In: Ullmann, L. P.; Krasner, L. Case studies in behavior modification. Nova Iorque: Holt, Rinehart e Winston, 1965, pp. 112-115.

Rimm, D. C. e Masters, J. C. Terapia comportamental: técnicas e resultados experimentais. São Paulo: Manole, 1983.

Rosenfarb, I. S. A behavior analytic interpretation of therapeutic relationship. The Psychological Record, 1992, ne 42, pp. 341-354.

Salter, A. (1941) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. International handbook of behavior modification and therapy. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Salter, A. (1949) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. Handbook of behavior modification and therapy. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Sant'Anna, R.; Góngora, M. Por uma postura behaviorista no contexto clínico. In: III Encontro de Terapeutas Com-portamentais, 1987. Brasília: inédito.

Sant'Anna, R. C. O conceito de história de reforço e explicação no behaviorismo. In: III Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, 24 de setembro de 1994. Campinas: inédito.

Shapiro, M. B. (1952) apud Yates, A. Terapia dei compor-tamiento. México: Trilhas, 1975.

Sherrington, C. S. The integrative action of the nervous system. Cambridge: Cambridge University Press, 1947.

Sidman, M. Functional analysis of emergent verbal classes. In: Thompson, T.; Zeiler, M. D. (Eds.). Analysis and integration of behavioral unities. Hillsdale: Erlbaum, 1986, pp. 213-245.

Skinner, B. F. Two types of conditioned reflex and a pseudo type. Journal of Psychology, 1935, v. 12, pp. 66-77.

Skinner, B. F. Two types of conditioned reflex: a reply to Konorsky and Miller. Journal of General Psychology, 1937, v. 16, pp. 272-279.

Skinner, B. F. The behavior of organisms. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1938.

Skinner, B. F. The operational analysis of psychological terms. Psychological Reviews. 1945, v. 52, pp. 270-277.

Skinner, F. Science and human behavior. Nova Iorque: The MacMillan Company, 1953.

Skinner, B. F. Verbal behavior. Nova Iorque: Appleton-Century-Crofts, 1957.

Skinner, B. F. An operant analysis of problem solving. In: Kleinmuntz, B. (Ed) Problem solving: research, method and theory. Nova Iorque: Wiley, 1966, pp. 225-257.

Skinner, B. F. About behaviorism. Nova Iorque: Knoff, 1974.

Skinner, B. F. Why I am not a cognitive psychologist. Behaviorism, 1977, v. 5, pp. 1-10.

Thorndike, E. L. Animal intelligence. Nova Iorque: Macmillan. 1911.

Thorndike, E. L. The fundamentals of learning. Nova Iorque: Teachers College, 1932.

Ullmann, P. e Krasner, L. Case studies in behavior modification. Nova Iorque: Holt, Rinehart e Winston, 1965.

Ullmann, L. P. e Krasner, L. A psychological approach to abnormal behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1969.

Ulrich, R.; Stachnik, T.; Mabry, J. Controle de la conducta humana. México: Trilhas, 1973.

Vaughan, M. Rule-governed behavior analysis: a theoretical and experimental history. In Hayes, C. S. Rule-governed behavior:

cognition, contingencies and instructional control. Nova Iorque: Plenum Press, 1989, pp. 97-118.

Watson, J. B. (1913) apud Kazdin, A. E. History of behavior modification. In: Bellack, A. S.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. International handbook of behavior modification and therapy. Nova Iorque: Plenum Press, 1985, pp. 3-32.

Watson, J. B.; Rayner, R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 1920, v. 3, pp. 1-44.

Wolpe, J. Experimental neuroses as learned behavior. The British Journal of Psychology, novembro, 1952, v. 43, pp. 243-268.

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press, 1958.

Wolpe, J.; Lazarus, A. A. Behavior therapy techniques: a guide to the treatment of neurosis. Nova Iorque: Pergamon, 1966.

Wolpe, J. Prática da terapia comportamental. São Paulo: Brasiliense, 1976.

Yates, A. Terapia del comportamiento. México: Trilhas, 1973.

Zettle, R. D.; Hayes, S. C. Rule-governed behavior: a potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. In: Kendall, P. C. (Ed.) Advances in cognitive behavioral research and therapy. Nova Iorque: Academic, 1982, v. 1, pp. 73-118.

”

Referência deste capítulo

Barcelos, A. B. & Haydu, V. B. (1995) **A história da psicoterapia comportamental** Em: Rangé, B. Psicoterapia comportamental e cognitiva, pesquisa, prática, aplicações e problema. São Paulo: Ed. Psyll

Behaviorismo Radical e Prática Clínica

João Vicente de Sousa Marçal

A relação entre Behaviorismo Radical e Terapia Comportamental teve início na década de 1950 com as primeiras aplicações dos princípios operantes, estudados em laboratório desde a década de 1930, na modificação de comportamentos considerados inadequados (Micheletto, 2001). Baseadas em princípios como modelagem, reforçamento diferencial, extinção ou mesmo punição, e sob o rótulo de Modificação do Comportamento, as técnicas eram empregadas em ambientes artificialmente construídos, normalmente em instituições psiquiátricas. O público-alvo era constituído por pessoas diagnosticadas com retardo mental, esquizofrenia, autismo e transtornos psicóticos em geral (Vandenberghe, 2001; Wong, 2006). As estratégias envolviam a manipulação de variáveis independentes (ambientais), as chamadas VIs, no sentido de aumentar ou reduzir a frequência de comportamentos-alvo, também chamados comportamentos-problema (as variáveis dependentes, ou VDs). Nesses modelos iniciais de intervenção, os eventos privados (p. ex., pensamentos e sentimentos) não eram levados em consideração.



Inicialmente, o emprego das técnicas comportamentais não incluía os chamados YAVIS, sigla em inglês para young, attractive, verbal, intelligent and social person (pessoas jovens, atrativas, verbais, inteligentes e sociais), que apresentariam demandas de tratamento em um ambiente verbal não institucionalizado, como aquele que se tem em um consultório particular. Contudo, a extensão dessas técnicas aos ambientes verbais contribuiu para o desenvolvimento, nos anos de 1960 e 1970, de modelos terapêuticos de base cognitiva ou comportamental-cognitiva, como uma forma de compensar a não atenção dada, pelas técnicas de modificação do comportamento à influência que os sentimentos e os pensamentos poderiam ter na compreensão e no tratamento dos comportamentos humanos (Vandenberghe, 2001). Embora o termo Terapia Comportamental⁶ já fosse utilizado em consultórios nesse período, eram raras as propostas clínicas tendo como suporte filosófico o Behaviorismo Radical (Ferster, 1973).

Com o avanço nas pesquisas sobre o comportamento verbal e uma melhor compreensão das funções comportamentais presentes na relação terapêutica, o modelo behaviorista radical passou a ser mais utilizado como base teórica no desenvolvimento de estratégias clínicas.

No entanto, o processo histórico da Terapia Comportamental, sua vasta aplicação, os diversos modelos de Behaviorismo que surgiram desde Watson e, principalmente, um grande desconhecimento sobre o Behaviorismo Radical favoreceram o surgimento de várias concepções enganosas do que vem a ser a Terapia Analítico-Comportamental. Dentre essas concepções,

encontram-se a ideia de que é uma terapia superficial, não trabalha o indivíduo como um todo, é direcionada apenas a problemas específicos, tem alcance temporário, não lida com emoções e sentimentos, trata o indivíduo como um ser passivo diante do mundo, apresenta um raciocínio linear e mecânico, etc. (Ver Skinner, 1974/1993, sobre críticas comuns e equivocadas feitas ao Behaviorismo Radical.)

O presente capítulo tem como objetivo apresentar alguns fundamentos básicos do Behaviorismo Radical e relacioná-los com a prática clínica. Como é um texto introdutório, não há aqui a pretensão de uma análise aprofundada de princípios e de conceitos relacionados ao tema, quer seja da parte conceitual e filosófica, quer de análises clínicas. No entanto, busca-se desfazer algumas confusões e alguns desconhecimentos comuns sobre a Análise Comportamental Clínica, assim como apresentar algumas proposições fundamentais para a caracterização da abordagem.

BEHAVIORISMO RADICAL E PRÁTICA CLÍNICA

O Behaviorismo Radical surgiu com as propostas de B. F. Skinner para a compreensão do comportamento humano a partir de uma metodologia científica de investigação (Skinner, 1945/1988, 1953/2000, 1974/1993). As bases conceituais do Behaviorismo Radical foram apresentadas inicialmente por Skinner em um congresso sobre a influência do operacionismo em Psicologia, que originou o artigo de 1945, intitulado “The Operational Analysis of Psychological Terms”, ou “A Análise Operacional de Termos

Psicológicos” (Skinner, 1945/1988; Tourinho, 1987). Sua proposta é behaviorista por considerar o comportamento como seu objeto de estudo e por ter o método científico como sua forma de produzir conhecimento. O termo Radical vem de raiz (parte não diretamente observável em uma planta) e serve para distingui-lo de outros modelos behavioristas que não consideravam os eventos privados (parte não diretamente observável do comportamento humano) como objeto de estudo da Psicologia.

A extensa obra de Skinner causou e ainda causa um grande impacto nos meios acadêmicos, nos científicos e em diversos segmentos de nossa cultura (Carrara, 1998; Richelle, 1993). Um desses impactos está na Psicologia Clínica, baseada nos princípios derivados da ciência por ele proposta, na Análise Experimental do Comportamento e na filosofia da qual ela é derivada, o Behaviorismo Radical.

Para melhor compreender como um trabalho clínico seria orientado por esses princípios, serão apresentadas a seguir algumas características básicas do Behaviorismo Radical e suas relações com a prática clínica.

VISÃO MONISTA E MATERIALISTA

Para o Behaviorismo Radical, o ser humano faz parte do mundo natural, assim como todos os elementos da natureza e, desse modo, interage no ambiente, ao invés de sobre o ambiente, sendo parte interativa deste (Chiesa, 1994).

Não há uma distinção entre físico e metafísico no ser humano, pois este é considerado como tendo apenas uma natureza material. Skinner, assim, afasta a metafísica do saber científico e acaba com o dualismo mente-corpo, um problema conceitual herdado da Filosofia e comumente encontrado nos diversos seguimentos da Psicologia (Chiesa, 1994; Marx e Hillix, 1997; Matos, 2001). Tanto o comportamento público quanto o comportamento privado ocorrem na mesma dimensão natural (Skinner, 1945/1988, 1974/1993). A distinção entre ambos refere-se apenas ao fato de que os comportamentos privados (p. ex., pensar, sentir, imaginar, sonhar, fantasiar, raciocinar, etc.) só podem ser acessados diretamente pelo próprio indivíduo. As mesmas leis que descrevem as relações funcionais de comportamentos públicos se aplicam aos comportamentos privados. Entidades metafísicas armazenadoras de “conteúdos” como memória, cognição, mente e aparelho psíquico tornam-se desnecessárias dentro do seu modelo explicativo. A lógica refere-se à seguinte questão: como algo que não ocupa lugar no tempo e no espaço pode ficar dentro do indivíduo, armazenar experiências ou conteúdos e, ainda, comandar as ações humanas? Quem se comporta é o organismo e não a mente ou a cognição. E o organismo é biológico, faz parte do mundo natural.

Implicações clínicas

Na clínica analítico-comportamental, não há espaço para buscas de aspectos não físicos a fim de compreender o que um indivíduo está passando. O sofrimento de uma pessoa, sua forma de agir e seus comportamentos em geral não são determinados, mediados, armazenados ou controlados por algo que escape ao mundo físico. Os comportamentos privados, ou a subjetividade, também não se

encontram em outra dimensão e nem servem de acesso a esta. O comportamento é uma relação entre eventos naturais, ou seja, entre o organismo e o ambiente (Matos, 2001). De acordo com Skinner (1974/1993), o organismo não armazena experiências, é modificado por elas. Dessa forma, o terapeuta vai considerar a pessoa como uma unidade biológica que vem interagindo com o ambiente desde a sua existência. Isso não implica deixar de lado algum aspecto da “natureza” humana, pois esse aspecto que estaria “fora” da análise simplesmente não existe! A questão não é de remoção de eventos privados, mas de não inclusão de constructos hipotéticos mediacionais e metafísicos.

O COMPORTAMENTO É DETERMINADO

O determinismo é característico das ciências naturais. A asserção básica é a de que, na natureza, um evento não ocorre ao acaso, mas em decorrência de um ou mais fenômenos anteriores. Por exemplo, a água entra em ebulição porque a sua temperatura atingiu um nível próximo a 100°C, e uma erosão surge porque chuvas ocorreram sistematicamente em um terreno árido. Falar em determinismo significa explicar o presente a partir do passado e, sendo assim, o futuro não pode ser utilizado para explicar o presente. Dessa concepção sobre o mundo natural, surge um outro raciocínio: se a natureza é determinada, e se o ser humano é parte integrante dela, então ele também deve ser interpretado a partir de uma visão determinista. Nesse sentido, uma doença decorre da ação anterior de bactérias ou vírus, a fecundação é proveniente do contato do óvulo com o espermatozoide, a saúde é afetada diretamente pela

alimentação, etc. O determinismo é mais facilmente aceito em relação ao restante da natureza do que em relação ao ser humano e isso se torna muito mais evidente quando o assunto é comportamento. Surgem então as seguintes questões: o determinismo também se aplica ao comportamento humano? Em caso afirmativo, todas as ações humanas seriam determinadas? O determinismo caracteriza o ser humano como um robô?

A visão determinista está presente em várias abordagens na Psicologia e em áreas afins, muito embora apresentem diferenças quanto à forma como o determinismo é interpretado (Chiesa, 1994). Freud, Russell e Skinner estão entre os inúmeros teóricos que consideram a ação humana como sendo determinada (Moxley, 1997). Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que sentimentos, pensamentos, ideias, imaginações, escolhas, percepções, intenções, atitudes, etc., não ocorrem ao acaso, mas foram determinados por eventos passados. De acordo com o Behaviorismo Radical, quem determina é o ambiente, a partir da interação que o organismo humano tem com ele: na história da espécie, na história do próprio indivíduo e na história das práticas culturais (Skinner, 1981). Visões contrárias ao determinismo, como no caso do Humanismo (Marx e Hillix, 1997), argumentam que algumas ações humanas são aleatórias, livres de influências, ou melhor, que o homem seria livre para decidir, para escolher e para determinar o seu futuro. Essa visão é largamente aceita – e enfatizada – dentro da cultura ocidental e de outras culturas. No entanto, isso leva a um grande equívoco interpretativo, frequentemente observado nos cursos de graduação em Psicologia e em áreas afins, que aqui é corrigido: a visão

determinista, como a apresentada pelo Behaviorismo Radical, não afirma que o ser humano não escolhe, decide ou determina o seu futuro, mas sim que estes (escolhas e tomadas de decisão) também são comportamentos a serem explicados, pois não acontecem ao acaso. Uma outra posição contrária ao determinismo surge em decorrência da análise do comportamento intencional, característico dos seres humanos (Chiesa, 1994). O argumento baseia-se no raciocínio de que esse tipo de comportamento estaria sendo guiado pelo futuro. Entretanto, de acordo com a posição determinista, assim como o comportamento de escolha, também a intenção e as expectativas existem a partir de experiências passadas.

Implicações clínicas

O modelo clínico analítico-comportamental, assim como outros modelos, segue algumas etapas básicas a partir das queixas iniciais do cliente. Inicialmente, é necessário compreender os fenômenos comportamentais relacionados à(s) queixa(s). Por exemplo, se alguém descreve estar num quadro depressivo ou relata ter sido diagnosticado com Depressão, deve-se logo investigar quais comportamentos (p.ex., sentimentos, ações públicas e pensamentos) caracterizam esse quadro, em quais contextos ocorrem ou são mais frequentes, quando começaram a ocorrer, quais suas características, etc. A busca por essas informações está dentro de um raciocínio determinista básico na clínica: esses comportamentos não ocorreram ao acaso.

Na terapia analítico-comportamental, é pertinente falar aos clientes que não existem comportamentos feios ou bonitos, bons ou maus, certos ou errados. Existem os comportamentos, o porquê de eles ocorrerem, o que os mantém e quais seus efeitos.

Por sinal, são esses efeitos sobre si e sobre os outros que servirão de parâmetros para o indivíduo estabelecer juízos de valor sobre seus comportamentos. Nesse sentido, todas as ações, as ideias e os sentimentos que o cliente apresenta são coerentes, pertinentes com o que ele viveu e está vivendo. Um sentimento pode ser desagradável, mas não é incoerente. O comportamento pode não estar sendo “funcional” para produzir ou afastar diversos reforçadores ou estímulos aversivos importantes, mas, certamente, não se estabeleceu “do nada”. Essa postura terapêutica contribui bastante para uma boa formação de vínculo entre terapeuta e cliente, aumentando as possibilidades de o cliente se autodescrever de forma mais confiável, com maior correspondência verbal/não verbal mesmo que às vezes seja difícil relatar aspectos de si que sejam considerados reprováveis ou desagradáveis.

A investigação dos determinantes dos comportamentos clínicos relevantes do cliente caracteriza-se como uma tarefa fundamental na clínica. O entendimento dessas variáveis possibilita direcionamentos terapêuticos mais eficazes. Dessa forma, não faz sentido uma pessoa fazer terapia por meses ou anos e não ter a menor noção sobre por que se comporta da forma como tem se comportado (incluindo emoções e sentimentos). Isso, infelizmente, não é incomum. Todo

comportamento é determinado, mesmo que por vezes não estejam claras quais variáveis o determinaram.

O COMPORTAMENTO COMO INTERAÇÃO ORGANISMO-AMBIENTE

A definição de comportamento no Behaviorismo Radical difere de outras visões na Psicologia, no senso-comum e até em outras formas de Behaviorismo. No primeiro, o comportamento é aquilo que o organismo faz, independentemente de ser público ou privado (Catania, 1979). As demais posições, incluindo o Behaviorismo Metodológico de Watson, referem-se ao comportamento como ações públicas, passíveis de observação direta (Matos, 2001). Para Skinner (1945/1988), os fatores tradicionalmente conhecidos como mentais (pensar, sentir, raciocinar, imaginar, fantasiar, etc.) também são comportamentos. Essa consideração enfraquece a concepção dualista, internalista e mecânica de causalidade tipo mente → comportamento-observável, pois se os “eventos mentais” também são comportamentos, eles devem ser explicados como tal, a partir de suas relações com o ambiente.

O Behaviorismo Radical define comportamento como interação organismo-ambiente (Matos, 2001; Todorov, 1989; Tourinho, 1987). Essas interações são descritas por meio de relações de contingências, que são relações de dependência entre eventos ou, mais especificamente, em Psicologia, entre comportamentos e eventos ambientais. O comportamento é também um fenômeno

histórico, não é algo que possa ser isolado, guardado. Não é matéria em si, mas uma relação entre eventos naturais. Como dito anteriormente, segundo Skinner (1974/1993), o organismo não armazena experiências, é modificado por elas. Cabe então ao cientista registrar a ocorrência do comportamento e observar sob quais condições ocorre ou é modificado.

A definição de comportamento como interação desfaz a ideia de um organismo passivo em relação ao ambiente, como frequentemente apontam algumas críticas. Conforme afirmou Skinner (1957/1978), “os homens agem sobre o mundo, modificam-no e por sua vez são modificados pelas consequências de suas ações” (p. 15).

Implicações clínicas

A compreensão de como um cliente se comporta é feita por meio de um raciocínio interacionista. Por exemplo, um clínico de orientação analítico-comportamental não tenta “liberar” os sentimentos da pessoa, “colocá-los para fora”. “Liberar” sentimentos nada mais seria do que comportar-se, ou seja, apresentar comportamentos públicos na presença de sentimentos específicos. Uma pessoa pode ficar “liberando sentimentos” durante anos num consultório e sua “fonte” nunca se esgotar! Isso porque as contingências que os estão eliciando ainda continuam presentes em sua vida. Se o comportamento é um fenômeno histórico, o clínico behaviorista radical procura entender em quais condições ocorreu e não onde ou como ele estaria armazenado. O mais importante é identificar quais variáveis são responsáveis por esses sentimentos e o que seria necessário fazer para modificá-las.

Sendo o comportamento uma relação bidirecional entre organismo e ambiente, ressalta-se que a forma como o organismo afeta o mundo é por meio das ações, ou melhor, do comportamento operante. A terapia analítico-comportamental é voltada para a ação do cliente sobre a sua vida, ou seja, sobre as contingências. São as ações que modificam o mundo! Seja mudando o contexto em que está inserido, seja buscando contextos mais favoráveis, o indivíduo é ativo. Por mais intensos que sejam nossos sentimentos, eles não afetam o ambiente diretamente. Mesmo os pensamentos, apesar da sua natureza verbal operante, não mudam as nossas experiências diretamente; é necessário ações públicas para isso. O pensar pode entrar no controle direto de ações públicas, mas não afeta o mundo como estas últimas afetam. Podemos pensar em alguma coisa e fazermos outra incompatível; podemos agir de forma antagônica ao que sentimos, mas, em ambos os casos, só as ações afetarão o mundo diretamente. A terapia voltada para a ação incentiva as pessoas a buscar contingências que vão lhes trazer benefícios, mesmo que inicialmente possam eliciar sentimentos ou pensamentos desagradáveis. O modelo terapêutico da ACT (sigla em inglês para Terapia de Aceitação e Compromisso), por exemplo, tem desenvolvido estratégias nesse sentido (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999. Ver os capítulos de Dutra e também de Ruas, Albuquerque e Natalino, neste livro).

Segundo Chiesa (1994), as pessoas estão acostumadas a ver o resultado e não o processo. E o processo é histórico. A investigação histórica das contingências desfaz a necessidade de buscar alguma entidade ou “essência” dentro do organismo como geradora da ação.

VISÃO CONTEXTUALISTA

O contextualismo, derivado das ideias de Pepper (1942, citado por Carrara, 2001), tem sido relacionado ao Behaviorismo Radical (Carrara, 2001 e 2004; Hayes, Hayes e Reese, 1988). De acordo com Carrara (2001), enquanto o mecanicismo está associado a uma máquina em movimento, o contextualismo refere-se ao comportamento-no-contexto. O primeiro estaria mais vinculado às propostas iniciais do Behaviorismo, como o Behaviorismo Metodológico, muito caracterizado pela “Psicologia estímulo-resposta”, pela ideia da justaposição ou da contiguidade. O segundo baseia-se nas relações funcionais, não lineares, entre comportamento e ambiente.

Entender o comportamento-no-contexto caracteriza-se como uma análise molar (ampla), em contrapartida a uma análise molecular (restrita, parcial). Segundo Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig e Wilson (2004), o contextualismo funcional vê os eventos comportamentais como a interação entre o organismo como um todo e um contexto que é definido tanto historicamente (história de aprendizagem) quanto situacionalmente (antecedentes e consequentes atuais, regras). O contexto é o conjunto de condições em que o comportamento ocorre (Carrara e Gonzáles, 1996). Tire o comportamento do contexto e ele fica sem sentido.

Observe que os princípios da Análise do Comportamento descrevem relações, com definições envolvendo funções de estímulo e de resposta. Por exemplo, operante não é a resposta em si, mas um tipo de relação entre resposta, condições em que ocorre e consequências que produz. As funções de um estímulo são definidas

pelo efeito que têm sobre a resposta, seja o estímulo anterior ou posterior a ela. Um mesmo estímulo pode ter várias funções, dependendo da relação analisada (Skinner, 1953/2000). Segundo Carrara (2001, p. 239), “a ideia de relações funcionais é cara e imprescindível ao contextualismo, que, por sua vez, a maximiza para incluir todas¹⁶ (o que, no limite, é impossível) as variáveis que, em menor ou maior escala, afetam o comportamento”. Dessa forma, a compreensão de um comportamento só será possível identificando as relações atuais e passadas entre resposta e ambiente, conforme afirmou Carrara (2001, p. 240), não apelando “a influências isoladas de partes do organismo envolvidas na ação (glândulas, braços, cérebro ou, mesmo, mente)”.

Implicações clínicas

Um terapeuta comportamental não está interessado na ação em si, mas nas condições em que ela ocorre, seus antecedentes e consequentes, sua história de reforçamento/punição e os efeitos destes sobre a ação. O autoconhecimento decorrente desse processo é muito mais amplo do que simplesmente identificar características pessoais. Queixas iguais podem ter funções diferentes e revelar histórias de condicionamentos diferentes. Por exemplo, a presença da mãe de uma cliente chamada Ana pode ter funções eliciadoras quando a sua presença ou sua proximidade elicia medo em Ana; e função discriminativa, quando sinaliza probabilidade de reforçamento (negativo) para comportamentos de fuga e de esquiva da filha. A fala da mãe pode ter funções reforçadoras ou punitivas quando, conseqüente a uma ação da filha, aumenta ou diminui a probabilidade de ocorrência dessa ação. Se uma pessoa relata e/ou apresenta

atitudes de esquiva social na clínica, caracterizando-se como “tímida”, o terapeuta irá ajudá-la a identificar em quais situações esses comportamentos são mais prováveis, quais suas funções, quais condições históricas favoreceram suas aquisições e quais contextos os mantêm. Tal análise também favorecerá uma mudança contextual. “Será que tenho que deixar de ser duro com as pessoas sempre?”, pergunta o cliente. Não. Apenas em situações em que as conseqüências de se comportar assim, em curto ou longo prazo, motivem a mudança.

Entender um transtorno comportamental, por exemplo, não é apenas identificar os comportamentos que o caracterizam, mas, sim, saber a quais contingências estariam relacionados. Isso se opõe à ideia de geração interna do comportamento, pois, dependendo do contexto, ele ocorrerá de forma diferente (ver também Ryle, 1949/1963).

VISÃO EXTERNALISTA

É frequente ouvir pessoas, incluindo alguns psicólogos de outras abordagens, afirmarem categoricamente que “o que importa” é o que tem “dentro” de um indivíduo, numa alusão à subjetividade, a sentimentos, etc. Um behaviorista radical, no entanto, vai discordar dessa afirmação e dizer que o que importa não é o que “tem dentro” da pessoa, mas o que determina o que “tem dentro”. É o ambiente que determina o comportamento, seja ele privado ou não. Por ambiente, entende-se o que é externo ao comportamento a ser

analisado. Isso quer dizer que a concepção externalista skinneriana não exclui o mundo dentro de da pele, apenas não lhe atribui status causal e nem uma dimensão metafísica (Skinner, 1953/2000). O mito da caixa preta de Skinner, o qual atribui ao seu Behaviorismo a ideia de organismo vazio, é mais uma das interpretações enganosas sobre a sua teoria (ver Carvalho-Neto, 1999). A posição skinneriana vai de encontro às concepções tradicionais que entendem o comportamento como sendo originado internamente no organismo, seja por algo físico (p. ex., bases neurológicas) ou não físico (p. ex., entidades mentais, como inconsciente, memória, cognição, etc.). Eventos privados, como o pensamento, podem entrar no controle de comportamentos públicos; no entanto, sua origem é pública, está na história de relações do organismo com o ambiente (Abreu-Rodrigues e Sanabio, 2001). Como apontado anteriormente, as contingências ambientais são as variáveis independentes, enquanto os comportamentos são as variáveis dependentes.

Há uma confusão comum no que diz respeito ao que vem a ser a concepção externalista de causalidade no Behaviorismo Radical, associando-a ao modelo mecânico de causalidade. Enfatizar o papel do ambiente na determinação do comportamento humano não implica afirmar que o organismo apenas reage passivamente ao mundo, tal como um ser autômato. Muito pelo contrário, o modelo skinneriano deve ser caracterizado como interacionista, com influências mútuas entre comportamento e ambiente.

Pode-se observar também que, na obra de Skinner, o externalismo está dentro do caráter pragmático de sua concepção. A proposta de transformar o mundo é uma característica presente em

sua obra, como pode ser observado na afirmação: “se que- remos que a espécie sobreviva, é o mundo que fizemos que devemos mudar” (Skinner, 1989, p. 70).

Implicações clínicas

Ao buscar interpretações do porquê de alguém sentir, pensar ou agir de determinada maneira, ou mesmo apresentar somatizações, o analista do comportamento não terá como referência os eventos internos, sejam eles físicos ou não (p. ex., mente, pulsão, energia, crença, sinapses, etc.). Não é a angústia que faz alguém deixar um relacionamento amoroso nem a personalidade leva alguém a ser impulsivo; a obsessão não decorre meramente de alterações neurológicas; a depressão não vem de processos mentais e nem os transtornos comportamentais se originam de crenças distorcidas. São as contingências ambientais os determinantes dentro de um processo histórico.

É comum em nossa prática clínica encontrarmos clientes que desconhecem o porquê dos seus comportamentos, mas, à medida que as contingências vão sendo identificadas, eles tendem a compreendê-las e a concordar com o raciocínio, mesmo que este lhes seja novo.

Por exemplo, um cliente aprende que sua forma de agir não é determinada pela sua baixa autoestima, mas que os comportamentos que caracterizam o considerado como baixa autoestima são decorrentes, talvez, de uma história de poucos reforços sociais (p. ex.,

rejeições, desvalorização por pessoas significativas tais como os pais, etc.).

Na formação de um clínico analítico-comportamental, portanto, é fundamental o desenvolvimento da capacidade de identificar as variáveis independentes dos comportamentos clinicamente relevantes, bem como a capacidade de ajudar o cliente a fazer o mesmo. É necessário treino em um raciocínio externalista, pois sabemos que não apenas o cliente, mas também o terapeuta vêm de uma longa experiência em uma comunidade verbal mentalista. Por exemplo, imagine um cliente relatando um problema conjugal, reconhecendo agir de forma impulsiva e com agressividade. Uma análise mais precisa descreverá quais comportamentos caracterizariam os conceitos de impulsividade e agressividade. Outras informações também precisariam ser levantadas: saber em quais condições ocorrem com mais frequência, desde quando ocorrem, etc. O cliente pode então relatar que essas “atitudes” estão lhe sendo prejudiciais e que haveria interesse em mudança. Antes de estabelecer quaisquer estratégias ou alternativas nesse sentido, o clínico deveria saber o que determina suas ocorrências. Vejamos as seguintes opções: a) fica nervoso; b) sente um forte “impulso”; c) era agressivo quando criança; d) tem personalidade agressiva; e) tem “pavio curto” e f) tem natureza impulsiva. Qual dessas alternativas seria um exemplo de variável independente, segundo o modelo externalista? Acertou quem afirmou que nenhuma delas é. Na realidade, todas descrevem VDs, ou seja, são comportamentos a ser explicados. É necessário saber por que ele fica nervoso, sente um forte “impulso” e era agressivo quando criança. A “personalidade agressiva”, o “pavio curto” e a “natureza impulsiva”

são rótulos classificatórios para esses padrões comportamentais que, por sua vez, também precisam ser explicados. Essas informações, embora possam contribuir de alguma forma, não esclarecem o porquê dos comportamentos. As VIs seriam encontradas nas relações entre esses comportamentos e o ambiente. Alguns exemplos de VIs poderiam ser: a) foi pouco contrariado ao longo da vida; b) as coisas em casa eram sempre conforme sua vontade; c) seu comportamento foi muito reforçado e pouco punido quando se tornava agressivo em relações próximas; etc.

Uma observação importante é que as VIs são fundamentais não apenas para explicar a aquisição dos comportamentos. Elas são necessárias para explicar a sua manutenção, servem de parâmetros para avaliar a motivação para mudanças e são também os próprios instrumentos de mudança (Marçal, 2005, 2006a). Se os ambientes, ao longo da vida de uma pessoa, foram e/ou estão sendo determinantes para os seus sentimentos, seus pensamentos e suas “atitudes” atuais, são as mudanças no ambiente, então, que vão proporcionar modificações nesses comportamentos. Pode-se brincar dizendo que as contingências são as verdadeiras terapeutas! A terapia analítico-comportamental é voltada para a ação sobre o mundo. São os efeitos dessa ação que interessam, os efeitos de mudanças nas contingências em que a pessoa vive.

VISÃO SELECIONISTA

Selecionismo é um termo originário da teoria evolucionista da Seleção Natural, proposta por Charles Darwin e Alfred Wallace para

explicar a origem das espécies (Desmond e Moore, 1995). Na Seleção Natural, membros de uma espécie com características mais adaptativas ao ambiente em que vivem têm mais chances de sobreviver e de passar suas características aos seus descendentes. Por exemplo, imagine um grupo de felinos da mesma espécie vivendo na mesma época e no mesmo espaço geográfico. Com certeza, haverá diferenças individuais no grupo no que diz respeito a aspectos anatômicos, fisiológicos, etc., como, por exemplo, o tamanho do pelo. Agora vamos supor que a região em que vivem tais felinos passasse por uma significativa redução na temperatura atmosférica ao longo dos anos e assim permanecesse por milhares ou milhões de anos. Quais os efeitos dessa ação ambiental sobre esses felinos? O que aconteceria é que aqueles com pelo maior, mesmo que por milímetros de diferença, teriam mais condições de se adaptarem ao clima frio, sobreviverem e passarem suas características aos seus descendentes que, por sua vez, também estariam sujeitos à mesma ação ambiental. O ciclo se repetiria ao longo de anos, décadas, milênios. Os de pelo maior sempre levariam vantagens na competição por sobrevivência em relação aos de pelo menor. Isso poderia não fazer diferença em algumas décadas, mas após milhares ou milhões de anos, essa espécie poderia ter se “transformado” em uma outra com pelos muito maiores, do tamanho mais favorável à sobrevivência. Na seleção natural, cada espécie é o resultado de um processo que envolve milhares ou milhões de anos, em que mudanças ambientais selecionaram características (p. ex., morfológicas, fisiológicas, comportamentais) mais apropriadas à sobrevivência. Isso promoveu diferenças entre espécies que, num passado distante, tiveram os mesmos ancestrais.

Segundo Skinner (1974/1993), a teoria da Seleção Natural demorou a surgir em função de um raciocínio pouco comum ao tradicionalmente conhecido:

A teoria da seleção natural de Darwin surgiu tardiamente na história do pensamento. Teria sido retardada porque se opunha à verdade revelada, porque era um assunto inteiramente novo na história da ciência, porque era característica apenas dos seres vivos ou porque tratava de propósitos e de causas finais sem postular um ato de criação? Creio que não. Darwin simplesmente descobriu o papel da seleção, um tipo de causalidade muito diferente dos mecanismos de ciência daquele tempo. (p. 35)

No raciocínio selecionista, “um evento tem a sua probabilidade futura de ocorrência afetada por um evento que ocorre posterior a ele, invertendo o tradicional raciocínio mecanicista de contiguidade” (Marçal, 2006b, p. 1). Segundo Donahoe (2003), isso difere do teleológico, já que não é o futuro que traz o presente para si, mas o passado e que empurra o presente em direção ao futuro.

Skinner (1966 e 1981) amplia o modelo selecionista ao estendê-lo para a esfera ontogenética e cultural. Dessa forma, não é só na origem das espécies (filogênese) que a seleção atua, também na história de vida do indivíduo (ontogênese) e nas práticas de uma cultura (Skinner, 1953/2000; Todorov e de-Farias, 2008). Na ontogênese, os comportamentos emitidos pelo organismo são selecionados ou não pelas suas consequências, ou seja, o reforçamento fortalece a probabilidade de ocorrência de uma classe de resposta que o produziu, enquanto a punição a enfraquece. O

ambiente exerce um papel determinante em qualquer forma de seleção, que ocorre a partir de um substrato variável. Sem variação não há seleção!

Segundo Baum (1994/1999), assim como a teoria da Seleção Natural substituiu a explicação da origem das espécies baseada num Deus Criador, a Teoria do Reforço substituiu a explicação do comportamento humano baseada numa mente criadora. Para o autor, isso ocorre porque as explicações substituídas são inaceitáveis do ponto de vista científico, obstruindo o avanço do conhecimento.

O modelo selecionista não recorre a exclusivas condições genéticas como determinantes do comportamento e nem a um raciocínio mecânico ou linear, como quando se afirma que suas atitudes são determinadas pela sua personalidade, self, consciência ou alguma força interior.

Implicações clínicas

O principal interesse do clínico behaviorista radical não está na ocorrência do comportamento em si, nem no modo como ocorre, mas no porquê de sua ocorrência.

O clínico emprega o raciocínio selecionista na compreensão de como os comportamentos dos clientes foram adquiridos e estão sendo mantidos. Independente da influência de variáveis biológicas, nem sempre claras ou demonstradas empiricamente, a atenção está voltada para os processos de seleção comportamental.

Vamos supor um caso clínico em que uma pessoa chega ao consultório com um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Após identificar os comportamentos que caracterizam o quadro de TOC e os contextos históricos e/ou atuais a ele relacionados, o clínico buscará identificar quais são as variáveis de controle atuais, tais como contingências de reforçamento, estímulos aversivos condicionados, controle aversivo sobre comportamentos alternativos, etc. A identificação de variáveis mantenedoras, no entanto, não explica como os comportamentos foram adquiridos, tornando necessário identificar contingências históricas que selecionaram esses e outros padrões comportamentais do cliente. Há maior interesse nas funções desses comportamentos do que nas suas topografias (formas). Conforme já foi dito, pessoas podem apresentar padrões comportamentais semelhantes, mas com funções diferentes, identificadas a partir de diferentes contingências de aquisição e de manutenção.

Por mais que um padrão comportamental esteja trazendo problemas a alguém, por mais que esse alguém esteja insatisfeito com sua forma de agir, tal comportamento foi reforçado no passado em um ou mais contextos. Foi funcional ao remover, evitar ou atenuar eventos aversivos ou ao produzir eventos reforçadores positivos. Essa análise contribui para validar os sentimentos e os comportamentos atuais, tornando-os coerentes com as experiências que a pessoa vem tendo ao longo da vida. Muitas vezes, dizemos aos nossos clientes que se tivéssemos passado pelas mesmas situações que eles passaram, estaríamos nos comportando de forma semelhante. Essa postura é um forte aliado do terapeuta na formação de vínculo com o

cliente. No entanto, a validação não implica aceitação passiva das condições atuais! A teoria da Seleção Natural indica que uma espécie foi preparada para viver em ambientes semelhantes aos que viveu no passado, não há garantias de adaptabilidade a novos e porventura diferentes ambientes (Skinner, 1990). Na ontogênese, ocorre o mesmo. Uma das principais fontes do sofrimento humano são as mudanças ambientais pelas quais uma pessoa passa ao longo da vida. Formas efetivas de se comportar em contextos anteriores podem não ser apropriadas a novos contextos, por vezes muito semelhantes, e podem passar a produzir pouco ou nenhum reforçamento, ou, ainda, produzir consequências aversivas. A dificuldade se acentua quando esses novos contextos tornam-se predominantes e envolvem reforçadores poderosos. Habitado a um padrão comportamental, o indivíduo se depara com uma situação que exige variação e isso pode ser muito difícil, pois um outro modo de se comportar não foi “treinado” em sua vida. Assim, um simples conselho terapêutico como “comporte-se de tal maneira” pode estar fadado ao fracasso. Torna-se, então, importante para a pessoa entender por que se comporta assim e por que é difícil mudar, favorecendo o engajamento em situações de mudanças. A ideia de que se vai aprender a agir de outras formas pode ser mais adequada nessas circunstâncias.

Vejamos um exemplo. Imaginemos uma mulher chamada Lúcia, que ao longo de sua vida foi tranquila, quieta, sorridente, meiga, não criou atrito com as pessoas e foi correta no sentido de agir conforme os mandamentos sociais da cultura em que viveu. Carinho, afeto, respeito, privilégios, consideração e tantos outros reforçadores sociais foram fartamente adquiridos em função da sua forma de ser. Regras

a respeito de si (autoimagem) foram formadas a partir dessas experiências e também passaram a controlar seus comportamentos (p. ex., “isto não é para alguém como eu”, “tal atitude não combina comigo”, “Lúcia é meiga... um amor”). No entanto, quando Lúcia se torna adulta, depara-se com as seguintes situações: os filhos desafiam-na e passam a desobedecê-la, pois ela tem dificuldade em ser “dura” com eles; o mesmo acontece em relação à empregada que trabalha em sua casa; no trabalho, assumiu um cargo de chefia, com melhor remuneração, mas que exige atitudes de rigidez com os funcionários. Esses contextos exigem de Lúcia um repertório comportamental que foi pouco fortalecido (selecionado) em suas experiências de vida: contrapor ou contrariar as pessoas, ser rígida com elas, impor limites. Provavelmente, a sua postura também tenha contribuído para que pessoas próximas, como pais, familiares e, depois, colegas, tenham agido dessa forma por ela, como numa espécie de proteção. Talvez seu comportamento tenha sido punido quando agiu de forma diferente, ouvindo coisas como: “Essa não é a Lúcia que conhecemos!” ou “O que é isso, Lúcia! Você fazendo isso!”. Dessa forma, esses repertórios não foram efetivamente modelados. Isso leva a uma condição de grande sofrimento, de angústia, de sensação de impotência. Simplesmente pedir que Lúcia se imponha diante das pessoas pode ser o mesmo que pedir a alguém, que mal sabe dar uma cambalhota, para dar um “salto mortal”! A compreensão de como suas características foram adquiridas, de como tais situações se tornaram aversivas ou reforçadoras positivas, poderá ajudá-la a se engajar gradativamente em situações que favoreçam a emissão dos comportamentos desejados.

A variação é um elemento básico para haver seleção (Skinner, 1981). Pouca variabilidade entre os membros da espécie diminui a probabilidade de esta sobreviver a mudanças ambientais. Do mesmo modo, padrões restritos e estereotipados de comportamentos dificultam a adaptabilidade a um mundo em constante mudança. Um dos principais objetivos da prática clínica é produzir variabilidade comportamental, aumentar o leque de possibilidades para conseguir reforçamento em ambientes variados (Marçal e Natalino, 2007). No entanto, por que mudar às vezes é tão difícil? Por que alguns clientes não se engajam nas situações terapêuticas sinalizadas nas sessões? Seria válido aquele ditado popular na Psicologia em que se afirma que “para mudar, é necessário querer mudar”? Para o analista do comportamento, é fundamental avaliar as contingências que levam alguém a querer mudar, ou seja, mais importante do que querer ou não mudar, é o que leva alguém a querer ou não mudar.

O modelo selecionista é muito eficaz na avaliação motivacional para mudanças. Muitas vezes, respostas que trazem consequências aversivas, também levam a reforçadores poderosos. Por exemplo, uma postura agressiva pode trazer reações sociais desagradáveis, mas também admiração e respeito; um comportamento pode ser punido com frequência em um contexto, mas não em outro; ser calado pode estar trazendo problemas numa relação conjugal, mas ser útil no trabalho ao favorecer a produtividade e evitar intrigas. Muitas vezes, também, a mudança implica engajar-se em situações com elevado custo de resposta e de ganhos em um prazo muito longo.

Para uma pessoa, deixar de ser dependente pode representar muito esforço e um tempo demasiado grande para obter os reforçadores almejados.

A avaliação motivacional oferece ótimos parâmetros para terapeuta e cliente estabelecerem metas terapêuticas e estratégias para consegui-las, evitando que a terapia “fique patinando”, sem sair do lugar.

O ALCANCE DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NA ÁREA CLÍNICA

Existem muitas concepções enganosas do que vem a ser Análise Comportamental Clínica ou Terapia Analítico-Comportamental. A maior parte dessas interpretações é decorrente de (a) um forte desconhecimento do que vem a ser o Behaviorismo Radical, (b) de pressupostos derivados dos primórdios do Behaviorismo e (c) de uma associação à terapia comportamental baseada na exclusiva aplicação de técnicas, algo comum em situações aplicadas, como em instituições de saúde. Independentemente desse processo, são observadas duas características comuns entre os clínicos behavioristas radicais: a paixão pela teoria e a segurança no seu referencial teórico. Não se observa entre os clínicos de orientação behaviorista radical a necessidade de utilizar um outro modelo psicológico de interpretação ou tratamento, seja qual for o comportamento em questão, incluindo os distúrbios graves como

padrões psicóticos e outros. Interferências em aspectos orgânicos, como por meio de medicamentos, podem ser bem-vindas em alguns casos, da mesma forma que técnicas clínicas provenientes de outras abordagens psicológicas. Contudo, não há a necessidade de interpretações baseadas em modelos não derivados de um estudo controlado e sistematizado, como o decorrente da Análise Experimental do Comportamento.

As perspectivas clínicas behavioristas radicais são sempre positivas. Cada vez mais pesquisas fornecem conhecimento e dão sustentação às estratégias de intervenção (Kerbauy, 1999). No Brasil, é cada vez maior o número de centros de formação para clínicos que desejam se especializar nessa abordagem, assim como o número de publicações relacionadas à área. O mesmo acontece fora do país, onde novos modelos clínicos têm surgido baseados nesse referencial teórico (p. ex., Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Hayes et al., 1999). Para uma boa formação clínica, é necessário um bom embasamento filosófico e teórico-conceitual, além de uma prática supervisionada. No entanto, é importante ressaltar que o Behaviorismo privilegia o método como produção de conhecimento; tal como afirmou Skinner (1950), ao enfatizar que quem quiser as respostas sobre as coisas, não deve ir atrás dele, pois elas estão na natureza. Ela é que deve ser investigada.

EXERCÍCIO

Identificando variáveis independentes na prática clínica

Na Análise do Comportamento, traduzimos alguns termos:

Causa: mudança em uma variável independente;

Efeito: mudança em uma variável dependente;

Relação causa-efeito: relação funcional.

As VIs são eventos ambientais. Conforme afirmou Skinner (1981), “as causas do comportamento (VIs) são as condições externas das quais o comportamento é função”. Identificar VIs na prática clínica é uma tarefa básica e fundamental para o psicólogo em todas as etapas da terapia. Executá-la adequadamente evita que o terapeuta desvie sua atenção para variáveis não relevantes no controle dos comportamentos do seu cliente e reduza a eficácia da terapia. Este exercício ajudará você a aprender a identificar essas variáveis. As VIs aqui abordadas referem-se àquelas responsáveis (a) pela aquisição e pela manutenção de comportamentos ou padrões comportamentais do cliente, (b) pela motivação para a mudança e (c) pelas mudanças necessárias para se alcançar as metas terapêuticas.

I – O **perfeccionismo** é um padrão comportamental encontrado com relativa frequência entre os clientes. Apesar dos comportamentos que o caracterizam serem funcionais (produzirem reforçamento) em muitos contextos, não o são em outros (não produzem reforçamento ou produzem punição). A seguir, alguns exemplos de comportamentos que poderiam caracterizar o perfeccionismo:

- Faz muito bem feito tudo que pega para fazer;

- Refaz várias vezes o mesmo trabalho até ficar sem erros;
- Não para de fazer algo enquanto não estiver “bem feito”;
- Fica remoendo ou lamentando quando algo não saiu bem feito como queria;
- Atenção está sob controle do que não está bom.

A) **Aquisição** – Assinale, entre os exemplos abaixo, quais poderiam ser considerados VIs históricas para a aquisição (ou para a manutenção ao longo dos anos) desse padrão comportamental:

- Muito acostumada a fazer tudo bem feito.
- Tirava as melhores notas da escola.
- Sempre gostou de ser a melhor em tudo.
- Pais muito exigentes quanto ao desempenho.
- Estudou em colégios exigentes.
- Preferia atividades que exigiam muito.
- Premiada por elevado desempenho.
- Valorizada pelos pais apenas em função do desempenho.
- Sempre sentiu necessidade de fazer bem feito.
- Ambiente familiar competitivo e comparativo.
- Muito autoexigente.

B) **Manutenção** – Assinale, dentre os exemplos abaixo, VIs atuais que contribuiriam para uma pessoa manter o padrão comportamental de perfeccionismo:

- É proprietária e gerencia uma empresa que sofre grande concorrência.
- Pensa que só aquele que faz bem feito é quem progride na vida.
- Incomoda-se quando vê algo mal feito.
- Tem grande prestígio entre os colegas de profissão: estes esperam muito dela.
- Quer continuar sendo assim.
- Mãe reforça-a diferencialmente pelo desempenho.

C) **Motivação para a mudança** – Assinale quais dos exemplos abaixo seriam determinantes (VIs) para motivar mudanças em relação ao perfeccionismo:

- Não quer ser tão perfeccionista.
- Apresenta somatizações graves relacionadas ao perfeccionismo
- Marido, a quem ama, está se afastando dela.
- Acha que está precisando relaxar.
- Não está obtendo reforçadores relacionados ao lazer.
- Perde oportunidades (reforçadores) valiosas por só querer coisas perfeitas.
- É determinada, consegue o que quer.

D) **Recursos terapêuticos** – Identifique quais dos recursos ou estratégias terapêuticas exemplificadas abaixo corresponderiam a VIs responsáveis por mudanças:

- Precisa aprender a relaxar.
- Mudar o pensamento: “nem tudo na vida é perfeito”.
- Estarem situações reforçadoras que não tenham demandas por desempenho.
- Vivenciar contextos reforçadores em que haja boa probabilidade de ocorrerem imperfeições sem consequências punitivas.
- Não se cobrar tanto.

II – O **comodismo** e a falta de iniciativa também são padrões comportamentais frequentes que trazem problemas na vida de alguns clientes. Assim como no perfeccionismo, os comportamentos que caracterizam esses padrões foram ou são funcionais em muitos contextos e não foram ou não são em outros. A seguir, alguns exemplos de comportamentos que poderiam caracterizar o comodismo e a falta de iniciativa:

- Espera as coisas acontecerem na vida;
- Age apenas quando solicitado ou mesmo obrigado;
- Raramente inicia um novo projeto;
- Tende a permanecer em condições aversivas, mostrando passividade;

- Sente-se inseguro ou sem vontade para iniciar algo novo.

A) **Aquisição** – Assinale, entre os exemplos abaixo, quais poderiam ser VIs históricas para a aquisição (ou para a manutenção ao longo dos anos) desse padrão comportamental:

- Avô, com quem nunca teve contato, também era acomodado
- Tinha preguiça de fazer as coisas quando criança.
- Seu irmão, três anos mais velho, fazia e resolvia quase tudo para ele (cliente).
- Mãe facilitadora.
- Foi pouco exigido na vida.
- Era quieto desde criança.
- Seu signo revela uma pessoa acomodada.
- Nunca teve força de vontade.
- Acesso a muitos reforçadores sem muito esforço
- Insucesso ao tentar fazer algumas coisas por si.
- Sempre foi inseguro.
- Tinha baixa autoestima.

B) **Manutenção** – Assinale, dentre os exemplos abaixo, VIs atuais que contribuiriam para manter o padrão comportamental:

- Não tem energia dentro de si.
- Regra: “se pudesse, passava o dia com as garotas”.

- Recebe boa mesada dos avós.
- Acha que é preguiçoso.
- Não há contingências aversivas na vida que leva atualmente.
- Acha que não deve ser diferente.
- Família reforça sua capacidade persuasiva para ter o que quer.

C) **Motivação para a mudança** – Assinale quais dos itens abaixo seriam determinantes (VIs) para motivar mudanças:

- Acha que está na hora de mudar sua postura. Mãe deixou de facilitar sua vida.
- Está perdendo reforçadores importantes (punição negativa) por não tomar iniciativa para adquiri-los.
- Concorda com o irmão quando este diz que ele está a c o m o d a d o .
- Sente que está mais corajoso.
- Namorada, que amava, terminou com ele, pois achava que ele não progrediria na vida.
- Passou a morar só, em outra cidade, onde mal conhece as pessoas.
- Quer ser igual ao irmão.

D) **Recursos terapêuticos** – Identifique quais dos recursos terapêuticos abaixo corresponderiam a VIs responsáveis por mudanças:

- Terapeuta encerra a sessão no horário inicialmente previsto, mesmo o cliente chegando 40 minutos atrasado e sem uma justificativa adequada.
- Vivenciar contextos reforçadores em que haja contingência específica para a produtividade.
- Identificar o lado bom de ter iniciativa, ser produtivo.
- Aprender a se virar.
- Ter mais força de vontade.
- Estar em situações em que as coisas dependam de si.
- Inserir-se ou manter-se em ambientes exigentes, que punam o comodismo, mas que também disponibilizem reforçadores importantes.

III – A **impulsividade** e o **imediatismo** também são padrões comportamentais frequentemente identificados em clientes. Os comportamentos que os caracterizam foram ou são funcionais em muitos contextos, e não foram ou não são em outros. A seguir, alguns exemplos de comportamentos que poderiam caracterizar a impulsividade e o imediatismo:

- Fala coisas sem pensar e depois se arrepende;
- Não consegue esperar por algo, tem que ser agora;
- Pouca persistência, pouco autocontrole;

- Baixa tolerância à frustração;
- Desiste das atividades em que seu comportamento não é imediatamente reforçado.
- A) Aquisição – Assinale, dentre os exemplos abaixo, quais poderiam ser VIs históricas para a aquisição (ou para a manutenção ao longo dos anos) desse padrão comportamental:

() História de acesso fácil e frequente a reforçadores importantes, sem precisar ser persistente.

() É impulsivo desde criança.

() Nunca foi paciente para esperar.

() Teve vários empregados à disposição quando criança.

() Era hiperativo.

() as exigências eram frequentemente reforçadas pelos adultos.

() Poucas frustrações nas relações sociais próximas.

() Sempre foi parecido com o pai nos comportamentos.

B) Manutenção – Assinale, dentre os exemplos abaixo, VIs atuais que contribuiriam para manter o padrão comportamental:

() No trabalho, tem muito poder e comanda várias pessoas dispostas a atendê-lo prontamente.

() Há pressão no trabalho por resultados imediatos.

() Tem TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade).

() Fica irritado com a lentidão dos outros.

() Explosivo quando contrariado.

() É ansioso.

() Não se “dá mal” quando age de forma considerada impulsiva.

C) Motivação para a mudança – Assinale quais dos exemplos abaixo seriam determinantes (VIs) para motivar (ou não) mudanças nesse padrão comportamental:

() Brigou duas vezes na rua após gritar com outros. Foi bem-sucedido.

() As coisas na vida continuam como na infância: muito poder.

() Namora uma pessoa que lhe é sub-missa.

() Considera-se explosivo, gostaria de mudar.

() Dois amigos, dos quais gostava muito, afastaram-se dele.

() Reconhece que suas atitudes são, às vezes, inadequadas.

() Tem sentido vontade de mudar.

D) Recursos terapêuticos – Identifique quais dos recursos terapêuticos exemplificados abaixo corresponderiam a VIs responsáveis por mudanças:

() Estar em ambientes reforçadores, mas que lhes confirmam pouco poder.

() Atividades em que o acesso ao reforçador dependa da persistência.

() Acreditar que pode mudar.

() Estabelecer etapas para uma mudança gradativa.

() Terapeuta não atende prontamente à sua solicitação para mudança de horário (cliente não gosta muito do horário em que está).

() Aprender a relaxar e se controlar.

REFERÊNCIAS

Abreu-Rodrigues, J. & Sanabio, E. T. (2001). Eventos privados em uma psicologia ex-ternalista: Causa, efeito ou nenhuma das alternativas? Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Ex-pondo a variabilidade (pp. 206-216). Santo André: ESETEC.

Baum, W. M. (1994/1999). Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura (M. T. A. Silva, G. Y. Tomanari & E. E. Z. Tourinho, trads.). Porto Alegre: Artmed.

Beckert, M. E. (2001). A partir da queixa, o que fazer? Correspondência verbal/não verbal: um desafio para o terapeuta. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade (pp. 186-194). Santo André: ESETEC.

Carrara, K. (1998). Behaviorismo Radical: Crítica e metacrítica. Marília: Unesp Marília publicações; São Paulo: FAPESP.

Carrara, K. (2001). Implicações do Contextualismo pepperiano no Behaviorismo Radical: Alcance e limitações. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a variabilidade (pp. 205-212). Santo André: ESETEC.

Carrara, K. (2004). Causalidade, relações funcionais e contextualismo: algumas indagações a partir do behaviorismo radical. Interações, 9, 29-54.

Carrara, K. & Gonzáles, M. H. (1996). Contextualismo e mecanicismo: implicações conceituais para uma análise do Comportamento. Didática, 31, 199-217.

Catania, A. C. (1979). Learning. New Jersey: Prentice Hall.

Carvalho Neto, M. B. (1999). Fisiologia & Behaviorismo Radical: Considerações sobre a caixa preta. Em R. R. Kerbaury & R. C. Wielenska (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação (pp. 262-271). Santo André: ESETEC.

Chiesa, M. (1994). Radical Behaviorism: The philosophy and the science. Boston: Authors Cooperative.

Desmond, A. & Moore, J. (1995). Darwin: a vida de um evolucionista atormentado. São Paulo: Geração Editorial.

Donahoe, J. W. (2003). Selectionism. Em K. A. Lattal & P. N. Chase (Orgs.), Behavior theory and philosophy (pp. 103-128). New York: Kluwer academic/Plenum Publishers.

Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-70. Hayes, S. C., Hayes, L. J. & Reese, H. W. (1988).

Finding the philosophical core. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Two-hig, M. P. & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nova York: Guilford Press.

Kerbaux, R. R. (1999) *Pesquisa em terapia comportamental: Problemas e soluções*. Em R. R. Kerbaux & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 61-68). Santo André: ARBytes.

Lindsley, O. R. & Skinner, B. F. (1954). A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *American Psychologist*, 9, 419-420.

Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 231-246.

Marçal, J. V. S. (2006a). Refazendo a história de vida: quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.

Marçal, J. V. S. (2006b). *Introdução gradativa versus introdução completa de uma contingência de variação operante em crianças*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Marçal, J. V. S. & Natalino, P. C. (2007). Variabilidade comportamental e adaptabilidade: da Pesquisa à Análise Comportamental Clínica. Em H. J. Guilhardi & N. C. de Aguirre (Orgs), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 71- 85). Santo André. ESETec.

Marx, H. M. & Hillix, A. W. (1997). *Sistemas e Teorias em Psicologia* (A. Cabral, trad.). São Paulo: Editora Cultrix.

Matos, M. A. (2001). Com o quê o behaviorista radical trabalha? Em R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista* (pp. 49-56). Santo André: ESETec.

Micheletto, N. (1997). Bases Filosóficas do Behaviorismo Radical. Em R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do*

Comportamento e Terapia Cognitivista (pp. 29-44). Santo André: ESETEC.

Micheletto, N. (2001). A história da prática do analista do comportamento: Esboço de uma trajetória. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a variabilidade (pp. 152-167). Santo André: ESETEC.

Millenson, J. R. (1967/1975). Princípios de Análise do Comportamento (A. A. Souza e D. Rezende, trads.). Brasília: Coordenada.

Moxley, R. A. (1997). Skinner: From determinism to random variation. *Behavior and Philosophy*, 25, 3-28.

Richelle, M. N. (1993). B. F. Skinner: A Reappraisal. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1983). Terapia Comportamental. São Paulo: Manole.

Ryle, G. (1949/1963). The concept of mind. London, Hutchinson & CO. LTD.

Skinner, B. F. (1945/1988). The operational analysis of psychological terms. In A. C. Catania & S. Harnad (Eds.), *The Selection of behavior. The operant behaviorism of B. F. Skinner: Comments and consequences* (pp. 150-164). New York: Cambridge University Press.

Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1957/1978). *O Comportamento Verbal* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix, EDUSP.

Skinner, B. F. (1966). The phylogeny and ontogeny of behavior. *Science*, 153, 1205-13.

Skinner, B. F. (1974/1993). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.

Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-04.

Skinner, B. F. (1989). Recent issues in the analysis of behavior. Columbus, O. H.: Merrill.

Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.

Todorov, J. C. (1989). A Psicologia como estudo das interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5, 347-356.

Todorov, J. C. & de-Farias, A. K. C. R. (2008). Desenvolvimento e modificação de práticas culturais. Em J. C. M. Martinelli, M. A. A. Chequer & M. A. C. L. Damázio (Orgs.), *Ciência do Comportamento: Conhecer e Avançar* (Vol. 7). Santo André: ESETEC.

Tourinho, E. Z. (1987). Sobre o Surgimento do Behaviorismo Radical de Skinner. *Psicologia*, 13, 1-11.

Vandenberghe, L. (2001). As principais correntes dentro da Terapia Comportamental – Uma taxonomia. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi,

P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a Variabilidade (pp. 154-161). Santo André: ESETec.

Wolpe, J. (1981). Prática da Terapia Comportamental (W. G. Clark Jr., trad.). São Paulo: brasiliense.

Wong, S. E. (2006). Behavior analysis of psychotic disorders: scientific dead end or casualty of the mental health political economy? Behavior and Social Issues, 15, 152-177.

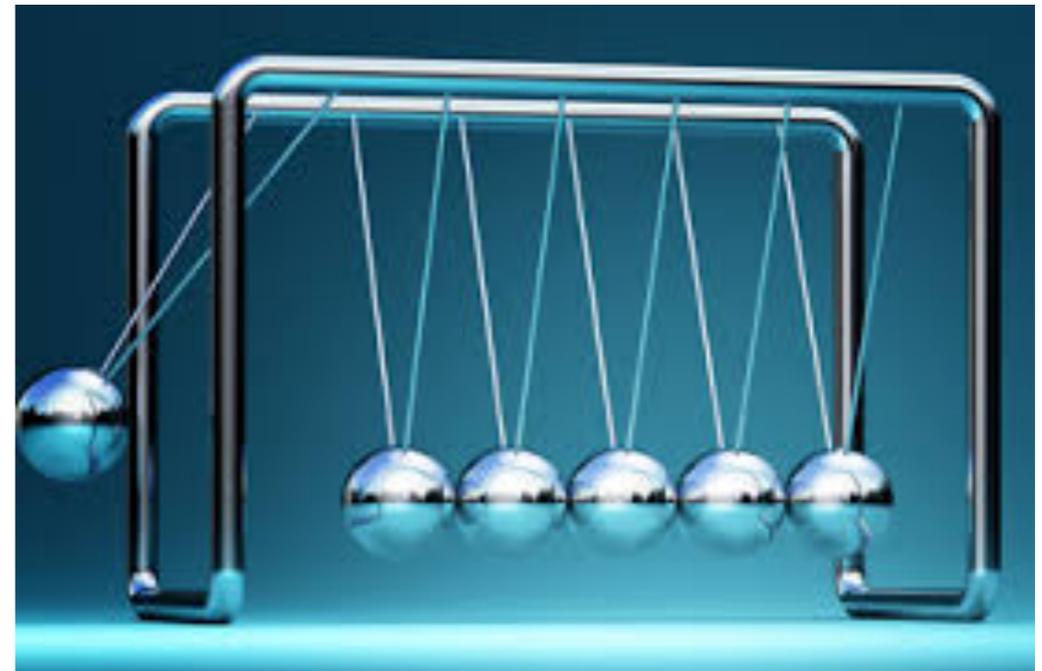
Referência deste capítulo

Marçal, J. V. S (2010) **Behaviorismo Radical e Prática Clínica**. Em: de-Farias, A. K. C. R. Análise Comportamental Clínica: Aspectos Teóricos e Estudo de Caso. Porto Alegre: Artmed

Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental

Angelo A. S. Sampaio
Maria Amalia Pie Abib Andery

Por que Paula tem “um ciúme doentio” do seu namorado, mesmo que ele não lhe dê motivo algum? O que teria levado Rodrigo a deixar de sair com os amigos e praticar esportes e a reclamar constantemente que sua vida não tem sentido e de que nada lhe dá mais prazer? O que fazer com toda a preocupação de Lígia com sua dieta e seus repetidos episódios de “compulsão alimentar” seguidos da indução de vômitos? As respostas a essas perguntas serão certamente diferentes entre si, envolvendo aspectos específicos das vidas de Paula, Rodrigo e Lígia. Uma única e mesma resposta não será adequada a todas as perguntas. Clínicos analítico-comportamentais, contudo, procurarão responder estas questões investigando variáveis semelhantes. As respostas também serão formuladas de modo parecido e, conseqüentemente, suas intervenções nos três casos terão semelhanças. Essas semelhanças devem-se ao sistema explicativo e ao modelo de causalidade (ou modo causal) que fundamentam a clínica analítico-comportamental.



O QUE É E PARA QUE SERVE UM MODELO DE CAUSALIDADE

Na ciência, sistemas explicativos (ou teorias) são o conjunto de leis e descrições sobre um dado fenômeno (um objeto de estudo). Os sua intervenção no sistema explicativo conhecido como Análise do Comportamento.

Todo sistema explicativo, por sua vez, fundamenta-se em um modelo de causalidade. Modelos de causalidade compreendem, basicamente, as suposições do cientista ou do profissional sobre:

- como os eventos, e principalmente os objetos de estudo, são constituídos;
- as “causas” desses eventos e objetos de estudo
- a relação entre eventos de interesse

Isto é, modelos de causalidade tratam de como “causas e efeitos” estariam relacionados e onde e como as “causas” de eventos particulares deveriam ser procuradas. São os modelos de causalidade, portanto, que orientam a construção de conhecimento em um sistema explicativo ou teoria. Daí sua importância.

O modelo de causalidade assumido pela Análise do Comportamento é o modelo de seleção por consequências (Skinner, 1981/2007) e, como seria de se esperar, é fundamental, pois:

- a) integra de modo abrangente e dá sentido pleno aos conceitos da Análise do Comportamento;
- b) distingue a Análise do Comportamento de outros sistemas explicativos do comportamento humano individual; e

c) sintetiza como analistas do comportamento, dentre eles os clínicos analítico-comportamentais e outros prestadores de serviço, estabelecem relações entre eventos (ambientais e comportamentais) e onde e como procuram as explicações para os problemas que têm que resolver.

O MODELO DE SELEÇÃO POR CONSEQUÊNCIAS: DESENVOLVIMENTO, PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E EXPLICAÇÕES SUBSTITUÍDAS

O modelo de seleção por consequências esteve presente na obra de B. F. Skinner (1904- 1990) pelo menos desde o livro Ciência e comportamento humano, de 1953. Mas foi apenas no artigo “Seleção por consequências”, de 1981, que Skinner apresentou-o explicitamente como modelo de causalidade que seria mais adequado a todo comporta- mento (Andery, 2001).

A proposição de Skinner de que o com- portamento seria descrito pelo modelo de seleção por consequências fundamentou-se nas proposições de Charles R. Darwin (1809- 1882) sobre a evolução das espécies. Tanto a teoria de seleção natural de Darwin (1859/2000) como o modelo de seleção por consequências de Skinner substituem, entre outras,

- a) explicações baseadas em agentes iniciadores autônomos e
- b) explicações teleológicas, que apelam para um propósito ou intenção como causas finais.

No primeiro caso, evolução e comportamento seriam empurrados por suas causas; no segundo, seriam puxados, iriam a

reboque de suas causas. A teoria da seleção natural de Darwin, por exemplo, substitui

- a) explicações baseadas na criação divina das espécies e
- b) explicações teleológicas como a ideia de que as girafas desenvolveram um pescoço maior com o objetivo de alcançar folhas no alto das árvores.

A explicação da evolução das espécies proposta por Darwin e hoje generalizada- mente aceita pelos biólogos (por ex., Mayr, 2009) envolve, resumidamente, dois processos: variação e seleção.¹ O primeiro processo é o de variação: organismos individuais de uma espécie têm variações genéticas (genóticas) em relação a outros indivíduos da mesma espécie, especificamente, em relação a seus progenitores. Tais variações são de pequena magnitude, se comparadas com as demais “versões” existentes, e são muitas vezes chamadas de aleatórias, mas apenas não são orientadas em uma certa direção (por exemplo, à adaptação). Estas variações “se expressam” ou “constituem” nos organismos individuais características e variações (fenóticas) que são anatômicas, fisiológicas ou comportamentais.

Algumas variações promovem a sobre- vivência, ou seja, uma interação diferencial com o ambiente daqueles indivíduos que as “carregam” e, assim, sua reprodução. Neste caso, no decorrer de sucessivas gerações, mais e mais indivíduos da espécie “apresentarão” a variação (genotípica e fenotípica). Diz-se, então, que tais variações foram selecionadas pe- las suas consequências

(sobrevivência e reprodução). A reprodução dos indivíduos com um determinado genótipo/fenótipo (em maior frequência do que indivíduos com outros genótipos/fenótipos) torna mais frequente a presença deles em uma população e dizemos que houve seleção daquele genótipo/fenótipo – o segundo processo envolvido na seleção natural.

Assim, as girafas apresentam pescoços grandes porque, em uma população de girafas, os comprimentos de pescoço tinham diferentes tamanhos (variação) e, em um determinado ambiente estável, aquelas girafas com pescoços maiores alimentaram-se melhor que as girafas de pescoços mais curtos, e assim sobreviveram por mais tempo e se reproduziram mais, deixando mais descendentes (seleção). Dentre esses descendentes (com pescoços na média um pouco maiores que o grupo de girafas da geração precedente), o processo se repetiu e se estendeu: algumas girafas, com um pescoço ainda um pouco maior (variação), tiveram, conseqüentemente, mais filhotes, deixando mais descendentes (seleção). E assim sucessivamente, até a seleção de populações de girafas com pescoços bem maiores do que as de gerações anteriores.

Skinner aplicou este mesmo paradigma ao comportamento. E assim, informada por um modelo de causalidade análogo ao da se- leção das espécies, a Análise do Comporta- mento, especialmente a partir do conceito de condicionamento operante, também substitui:

- a) explicações(do comportamento)baseadas em agentes iniciadores autônomos (uma vontade, desejo, força psíquica e/ou mente) e

b) explicações teleológicas (do comportamento), que apelam para um propósito ou intenção como causas finais (Skinner, 1981/2007).

A existência de um operante (entendido como conjunto de interações organismo-ambiente que envolvem especialmente ações e suas consequências) – é explicada pela existência de certas variações (que ocorrem sem direção certa) nas respostas emitidas por um indivíduo e pela seleção de tais variações por consequências comportamentalmente relevantes (fundamentalmente, estímulos reforçadores), ou seja, pela aumentada recorrência de tais respostas e de suas consequências.

Um conjunto de explicações que foram substituídas por explicações baseadas no modelo de seleção por consequências, portanto, apela para agentes iniciadores autônomos. Essas explicações substituídas são associadas a modelos de causalidade inspirados pelo sistema explicativo, desenvolvido na física, chamado de mecânica clássica. É importante destacar que o modelo de seleção por consequências difere marcadamente desses modelos mecanicistas por não enfatizar ou supor que eventos unitários, temporalmente anteriores e imediatamente próximos causariam outros eventos considerados seus efeitos necessários.

Em seu lugar, o modelo de seleção por consequências supõe que os seres vivos e os eventos que são característicos dos seres vivos – como o comportamento – só podem ser explicados considerando-se que tais fenômenos têm múltiplas “causas” que são sempre históricas e inter-relacionadas. E que tratar de “causas”, neste

caso, significa tratar da constituição histórica do fenômeno e das mudanças de probabilidade do fenômeno de nosso interesse em relação a um universo de fenômenos possíveis.

Ou seja, ao menos dois pontos são fundamentais para esclarecer melhor o modelo de seleção por consequências (especialmente quando tratamos do comportamento):

a) a ênfase na análise de unidades que são compostas por várias instâncias distribuídas no tempo, ou seja, unidades populacionais e históricas; e

b) a perspectiva da inter-relação entre diferentes “causas” que afetam a probabilidade de certos eventos (multideterminação) – e que, no caso da explicação do comportamento, pode implicar, de fato, que o comportamento é ele mesmo uma interrelação, que em certa medida separamos quando o estudamos.

A ÊNFASE EM UNIDADES POPULACIONAIS E HISTÓRICAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

A principal unidade de análise na evolução biológica é a espécie, definida como uma população de organismos capazes de se reproduzir entre si (incluindo seus ancestrais já falecidos). Assim, por exemplo, a espécie humana é composta por todas as pessoas vivas hoje que podem gerar descendentes férteis e também por seus pais,

avôs, bisavôs, etc. – e incorporará também as pessoas que nascerem futuramente (filhos, netos, bisnetos, etc.) e que possam gerar descendentes férteis.

Na evolução comportamental, que se dá sempre no âmbito da vida de um único indivíduo, a principal unidade de análise é o operante, definido como uma população de respostas individuais que produzem (ou produziram) certa consequência. O operante “ir para casa”, que é parte do repertório de Paula, por exemplo, é composto por todas as respostas de Paula que produzem a chegada em casa (incluindo ir a pé, de ônibus, de bicicleta, etc.), e que ocorreram semana passada ou hoje – e incorporará também aquelas respostas que ocorrerão no futuro e que possam produzir a mesma consequência.

Tanto na evolução biológica quanto na comportamental, portanto, as unidades com as quais tratamos são entidades fluidas e evanescentes, não são coisas que podem ser imobilizadas. Envolvem eventos que se distribuem no tempo e no espaço; envolvem organismos e respostas que já existiram no passado em diferentes locais, que existem momentaneamente, nesse exato instante e local, e que ocorrerão também no futuro. Além disso, são unidades que se misturam e recorrem em meio a outras unidades de natureza semelhante (outras espécies e operantes).

Utilizando o modelo de seleção por consequências, desta forma, descrevemos o processo de origem e as mudanças de unidades (populações) compostas por instâncias singulares que se distribuem no tempo e no espaço (históricas): as espécies, no caso da evolução

biológica, e os operantes, no caso da evolução comportamental ao longo da vida de uma pessoa. E se no caso da evolução biológica sua explicação envolve entender o processo de variação genética e seleção ambiental que Darwin chamou de seleção natural, no caso do comportamento operante sua compreensão depende de entendermos como respostas individuais variam e como conjuntos de respostas são selecionados através do processo de reforçamento, o processo básico de seleção comportamental.

Essa ênfase em unidades populacionais e históricas, característica do modelo de seleção por consequências, é fundamental também na atuação do clínico que, afinal, lida com operantes (e respondentes) na clínica analítico-comportamental. O “ciúme doentio” de Paula só poderá ser adequadamente “trabalhado” na clínica se diversas instâncias ao longo do tempo e do espaço (respostas particulares) forem analisadas e se as consequências produzidas por tais instâncias forem identificadas. Também, “o ciúme” de Paula não pode ser tomado como uma entidade em si mesma, mas deve ser encarado como interação que se constituiu no curso das interações dela, e que ocorre hoje e tenderá a continuar ocorrendo, caso o ambiente selecionador não mude, porque foi selecionado pelas consequências que produziu. Mais ainda, foi selecionado já como interação que envolve as ações de Paula e suas consequências selecionadoras e mantenedoras.

É esse enfoque que permitirá ao clínico analítico-comportamental, por exemplo, ter confiança de que é possível promover a seleção de comportamento operante através de

estratégias de intervenção baseadas no processo de reforço diferencial.

Por outro lado, tal enfoque pode parecer pouco útil, uma vez que só permitiria tratar de eventos considerados como unidades múltiplas e extensas no tempo. Como explicar, prever e (talvez, principalmente, no caso da clínica) controlar instâncias particulares de comportamento, isto é, respostas que ocorrem em um momento e local específicos? Tal pergunta é frequentemente a pergunta-chave para um clínico, mas a resposta a ela envolve tratar de outro papel que eventos ambientais exercem em relação aos eventos comportamentais. Tal pergunta também pode ser respondida sem deixar o âmbito do modelo de seleção por consequências. Pelo contrário, é esse modelo exatamente que permite que a respondamos de maneira a dar sustentação conceitual e ferramentas de atuação ao analista do comportamento.

Na evolução de operantes, o ambiente tem um papel selecionador. As consequências ambientais (estímulos reforçadores) selecionam classes (populações) de respostas com certas características, isto é, tornam as classes mais prováveis em certas circunstâncias. Na ocorrência de respostas particulares de um operante já instalado/selecionado, contudo, o ambiente tem um papel instanciador. Isto é, o ambiente torna manifesta uma unidade de operante que já foi selecionada, ou melhor, o ambiente evoca uma instância de comportamento. Essa é a função dos eventos ambientais antecedentes (estímulos discriminativos, estímulos condicionais e operações motivadoras) sobre uma resposta (Andery e Sérgio, 2001;

Glenn e Field, 1994; Michael, 1983).

Mesmo “sabendo como” jogar futebol, isto é, mesmo que tal operante já tenha sido selecionado por suas consequências, Rodrigo não joga futebol a qualquer hora. Ele emite a resposta de jogar futebol (tal instância é evocada) apenas quando algum colega o convida. O convite do colega não é um evento ambiental selecionador, mas sim um evento instanciador, um evento que torna manifesta a unidade selecionada “jogar futebol”.

Ou seja, se o foco de uma intervenção for a ocorrência de instâncias particulares, pode ser suficiente rearranjar aqueles eventos ambientais que têm função instanciadora com relação ao repertório comportamental do cliente. Por exemplo, se o foco de uma intervenção for fazer com que Rodrigo jogue mais futebol, pode ser suficiente incentivar os colegas a convidá-lo mais. Caso o foco seja a criação (ou extinção) ou a mudança de operantes, por sua vez, eventos ambientais terão que assumir novas funções – através do papel selecionador do ambiente.

É importante destacar que esta distinção entre funções do ambiente chamadas selecionadoras e instanciadoras é ela mesma possível apenas à luz do modelo de seleção por consequências. Ou seja, as funções instanciadoras do ambiente são elas mesmas selecionadas na história de reforçamento operante. Apenas quando algum colega convidou Rodrigo, no passado, o “jogar futebol” teve como consequência de fato realizar a partida, marcar gols e interagir com os colegas, e foram experiências como essa que tornaram os

convites dos colegas eventos que agora evocam respostas desta classe em Rodrigo (Glenn e Field, 1994).

Essa distinção permitiria afirmar que a intervenção analítico-comportamental pode ter dois “níveis”: em certos momentos, a meta é a seleção de comportamentos, e, em outros, a meta é promover a instanciação (ou mudanças na instanciação) de operantes. Dito de outro modo, esses “níveis” de intervenção se relacionariam a uma regra prática destacada (1994): “Descubra se a pessoa sabe o que fazer e como fazê-lo, mas não o faz; ou se ela não sabe o que fazer ou não sabe como fazê-lo” (p. 256). Esses diferentes objetivos implicarão papéis diferentes do ambiente que precisarão ser alterados na intervenção.

A MULTIDETERMINAÇÃO DO COMPORTAMENTO HUMANO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Um segundo ponto importante para uma apreciação adequada do modelo de seleção por consequências em sua relação com a intervenção analítico-comportamental trata da interrelação entre diversas causas (ou da multideterminação) do comportamento humano. Skinner (1981/2007) resumiu esse aspecto afirmando que “o comportamento humano é o produto conjunto de

- a) contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies, e
- b) contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros, incluindo

c) contingências especiais mantidas por um ambiente social evoluído” (p. 502).

Em outros termos, o comportamento humano é multideterminado por histórias nos níveis

- a) filogenético,
- b) ontogenético e
- c) cultural.

E os processos de evolução envolvidos nesses três níveis seriam análogos, sempre envolvendo a seleção de unidades populacionais e históricas pelas suas consequências passadas.

No nível filogenético, a seleção natural explicaria a evolução de:

1. características fisiológicas e anatômicas das espécies;
2. relações comportamentais específicas(inatas);
3. os próprios processos envolvidos na aprendizagem (ou seja, a sensibilidade ao condicionamento respondente e operante que estão na base da capacidade de aprender novas relações comportamentais); e
4. um repertório não comprometido com padrões inatos que poderia ser modelado pelo condicionamento operante (Andery, 2001; Skinner, 1981/2007, 1984).

No nível ontogenético, o reforçamento operante explicaria em grande parte a evolução de repertórios comportamentais específicos de cada indivíduo, desde os aparentemente mais simples, como andar em uma superfície plana, até os complexos padrões de “comportamento simbólico” típicos dos humanos.

O surgimento desse nível ontogenético de seleção de comportamentos por suas consequências permitiu, ainda, segundo Skinner, a adaptação de indivíduos particulares (e, em certa medida, das espécies a que pertencem tais indivíduos) a ambientes em constantes mudanças, possibilitou a seleção de padrões complexos de comportamento em espaços curtos de tempo (de uma vida individual e não de sucessivas gerações) e também propiciou a modificação mais rápida do ambiente.

Trocas maiores e mais intensas entre indivíduos e ambientes se desenvolveram e só com a emergência da seleção ontogenética de comportamentos a individuação teria se tornado efetivamente possível. Os repertórios comportamentais passaram a se constituir também a partir de histórias individuais e não mais apenas pela história da espécie (Andery, 2001).

Ademais, como outros membros de uma mesma espécie são parte constante e fundamental do ambiente de qualquer organismo (por exemplo, para reprodução e cuidado com a prole), estes se tornaram ambiente comportamental relevante para os indivíduos de muitas espécies. A sensibilidade às consequências do comportamento operante favoreceu ainda mais a emergência do outro como parte relevante do ambiente comportamental e, assim, favoreceu, em algumas espécies, a ampliação dos comportamentos sociais. No caso da espécie humana, esse processo foi intenso e extenso, e, em última instância, foi parte fundamental para a seleção de um tipo especial de comportamento social, o comportamento verbal.

Com estes acontecimentos, o palco estava montado, como disse Skinner (1957/ 1978), para o aparecimento do nível cultural de seleção por consequências. Operantes selecionados por reforçamento (no nível de um indivíduo particular) passaram a ser propagados entre diferentes indivíduos, gerando práticas culturais, ou seja, a reprodução de comportamentos em diferentes indivíduos e em sucessivas gerações de indivíduos. E práticas culturais passaram a ser selecionadas por suas consequências para o grupo como um todo (Glenn, 2003, 2004; Skinner, 1981/2007, 1984).

O nível cultural de seleção por consequências e o comportamento verbal permitiram que os indivíduos pudessem se beneficiar de interações que nem sequer viveram e que pudessem acessar e conhecer seu próprio mundo privado.

É através da comunidade verbal que se constrói uma parte importante do repertório dos seres humanos: sua subjetividade. Se o condicionamento operante permite a individuação, permite a construção, para cada indivíduo de uma espécie, ainda que dentro de certos parâmetros, através de uma história de interação com o ambiente particular, de uma singularidade que não pode ser idêntica a qualquer outra. O conhecimento desta individualidade e a consequente reação a ela, na forma de comportamento operante, de autoconhecimento e de autogoverno, só é possível com a emergência do comportamento verbal e seu consequente e necessário resultado: a evolução de ambientes sociais – em uma palavra, a cultura (Andery, 2001, p. 188).

Uma implicação dessa análise é que, para compreender a subjetividade, seria necessário compreender como indivíduo e cultura se relacionam e por que e como operam as contingências sociais que caracterizam a cultura (Andery, 2001; Tourinho, 2009).

De fato, Skinner (1981/2007) propôs que cada nível de seleção por consequências do comportamento seria objeto de estudo de uma disciplina científica específica. A Análise do Comportamento, por exemplo, seria responsável pelo nível ontogenético. Mas a adoção do mesmo modelo de causalidade permitiria uma melhor integração entre as disciplinas que se ocupam da seleção de comportamentos e poderia autorizar a realização de análogas tentativas entre os princípios desenvolvidos para os três níveis de seleção.

Além disso, compreender e intervir adequadamente sobre o comportamento, e especialmente sobre o campo da “subjetividade”, só seria possível considerando-se as interações entre os três níveis. Na prática, isso implica que um clínico analítico-comportamental precisa conhecer não só Análise do Comportamento, mas também influências biológicas e culturais sobre o comportamento individual. O comportamento “bulímico” de Lígia só seria adequadamente compreendido considerando-se a interação entre:

- a) variáveis biológicas relacionadas, por exemplo, ao modo como o corpo (e o comportamento) reage a dietas severas e sucessivamente interrompidas;
- b) variáveis propriamente comportamentais como, por exemplo, os efeitos das consequências sociais produzidas pelos episódios de “compulsão alimentar” e de indução de vômitos; e
- c) variáveis culturais como, por exemplo, a “imagem corporal” valorizada pela mídia com a qual Lígia interage.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os operantes em um repertório comportamental individual, assim como as espécies e as práticas culturais, são produtos de um processo de seleção por consequências que explica seu surgimento, sua manutenção, extinção ou mudança. Se o objetivo de uma intervenção analítico-comportamental é realizar qualquer uma dessas coisas, não há escapatória: é preciso atuar sobre a interação entre variação e seleção, a qual explica e permite em algum grau prever e controlar um repertório comportamental.

É fácil (porém arriscado) ficar perplexo com a complexidade de um comportamento e sua aparente independência do ambiente. O atendimento clínico a adultos com desenvolvimento típico pode ser uma situação favorável a esses problemas, já que o repertório do cliente é derivado de uma (ou três) longa(s) história(s) (filogenética, ontogenética e cultural) a que o clínico não tem acesso direto. Para lidar com tal complexidade é fundamental ter clareza das sutilezas temporais dos processos de seleção por consequências. Os efeitos da seleção são sempre atrasados. Se não acompanharmos o processo (temporalmente espaçado) de seleção, tendemos facilmente a inventar pseudoexplicações para o comportamento. Skinner (1981/2007, 1984) sugeriu que essa dificuldade, inclusive, poderia explicar o aparecimento tardio deste modelo de causalidade na história da ciência e a dificuldade de aceitá-lo. No entanto, ele mesmo adverte: “Enquanto nos apegarmos à concepção de que uma pessoa é um executor, um agente ou um causador inicial do comportamento, continuaremos provavelmente a negligenciar as condições que devem ser modificadas para que possamos resolver nossos problemas”.

(Skinner, 1981/2007, p. 137). Assim, o clínico analítico-comportamental deve analisar, juntamente com o cliente, as relações entre o que ele faz, pensa ou sente e as contingências envolvidas nestes comportamentos.

REFERÊNCIAS

Andery, M. A. P. A. (2001). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva* (vol. 1, pp. 182-190). Santo André: ESETEC.

Andery, M. A. P. A., & Sérgio, M. T. A. P. (2001). *Behaviorismo radical e os determinantes do comportamento*. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Nadi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre o comportamento e cognição* (vol. 7, pp. 159-163). Santo André: ESETEC.

Darwin, C. (2000). *A origem das espécies*. São Paulo: Hemus. (Trabalho original publicado em 1859)

Glenn, S. S. (2003). Operant contingencies and the origins of culture. In K. A. Lattal, & P. N. Chase (Eds.), *Behavior theory and philosophy* (pp. 223-242). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Glenn, S. S. (2004). Individual behavior, culture, and social change. *The Behavior Analyst*, 27(2), 133-151.

Glenn, S. S., & Field, D. P. (1994). Functions of the environment in behavioral evolution. *The Behavior Analyst*, 17(2), 241-259.

Mayr, E. (2009). *O que é a evolução*. Rio de Janeiro: Rocco.

Michael, J. (1983). Evocative and repertoire-altering effects of an environmental event. *The Analysis of Verbal Behavior*, 2, 19-21.

Skinner, B. F. (1935). The generic nature of the concepts of stimulus and response. *Journal of General Psychology*, 12, 40-65.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1970). *Ciência e comportamento humano*. Brasília: UnB. (Trabalho original publicado em 1953)

Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1957)

Skinner, B. F. (1984). Some consequences of selection. *Behavior and Brain Sciences*, 7(4), 502-509.

Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-37. (Originalmente publicado em 1981, em *Science*, 213(4057), 501-504)

Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. São Paulo: Paradigma.

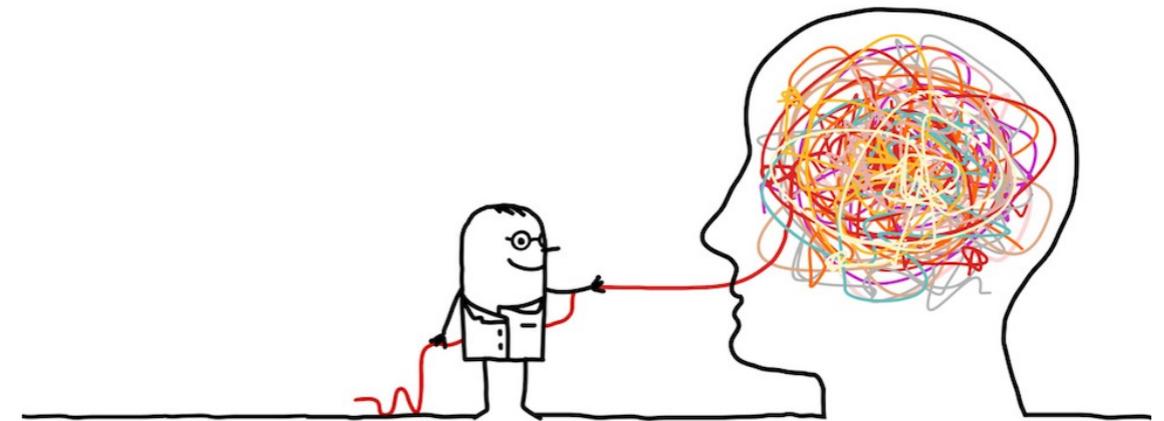
Referência deste capítulo

Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012) **Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental**. Em: Borges, B. N. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

Habilidades Terapêuticas É Possível treiná-las?

Hellen Ormond Abreu-Motta
Ana Karina C. R. de-Farias
Cristiano Coelho

Muitas são as críticas ao Behaviorismo, demonstrando, muitas vezes, uma confusão entre Behaviorismo Metodológico e Behaviorismo Radical. O Behaviorismo veio para se contrapor ao mentalismo e à introspecção. Foi Watson, em 1913, com seu Manifesto Behaviorista, quem despertou grande interesse no estudo do comportamento, negando a possibilidade de investigação científica dos eventos privados (ou encobertos). Skinner, por sua vez, faz uma reinterpretação desses eventos, propondo uma nova metodologia de estudo (Matos, 2001; Sant'Anna, 2003; Skinner, 1974/1993, 1989/1991).



Este último passou a considerar os eventos privados como sendo de fundamental importância para a realização de análises funcionais, nomeando sua filosofia de Behaviorismo Radical. Ao contrário de explicar o comportamento por meio de entidades abstratas, como ocorre nas teorias psicológicas tradicionais, o Behaviorismo Radical propõe explicar o comportamento humano por meio de relações organismo-ambiente (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Skinner, 1953/1989, 1974/1993, 1989/1991).

Essa nova explicação de interação organismo-ambiente propiciou o desenvolvimento de técnicas de modificação comportamental que produziam rápidas alterações nos problemas apresentados pelos clientes. A terapia comportamental era, nesse momento, vista de maneira uni-direcional, valorizando apenas as técnicas para o tratamento de patologias específicas. Seus terapeutas passaram a ser designados com expressões do tipo “engenheiros comportamentais” ou “máquinas de reforçamento social” (Barcellos e Haydu, 1998; Conte e Brandão, 1999; Edelstein e Yoman, 2002; Follette e Callaghan, 1995, citado por Silveira e Kerbauy, 2000; Rangé, 1998), tendo como fundamental tarefa a modificação de comportamento (Wilson e Evans, 1977, citado por Silveira e Kerbauy, 2000).

No entanto, foi verificado que apenas o uso de “técnicas certas para o problema certo” não era o suficiente para se obter êxito na terapia (Franks, 2002). Começou-se, então, a hipotetizar as variáveis que pudessem estar ligadas à relação estabelecida entre terapeuta e cliente (Gavino, 2002; Keijsers, Hoogduin e Shaap, 1994, citado por Meyer, 2001; Otero, 1998).

O termo “relação” tem como significado: conexão, afinidade, entendimento ou laços entre pessoas, grupos, nações. E o termo “terapêutico” significa arte ou ciência de curar (Sacconi, 1996). Assim, a relação terapêutica diz respeito tanto ao terapeuta quanto ao cliente, havendo uma conexão/interação entre os dois (Beitman, 1989, citado por Rangé, 1998).

A relação terapêutica, além de se configurar como ajuda ao cliente nas atividades da psicoterapia, é, de maneira geral, como qualquer outra relação humana. Ela é uma conexão entre terapeuta e cliente que tem como principal característica o fato de ser uma relação amigável na qual, o terapeuta constitui-se em uma “audiência não punitiva” (Frank, 1961, citado por Gavino, 2002; Frieswyk, Allen, Colson, Coyne, Gabbard, Horwitz e Newsom, 1986, citado por Edelstein e Yoman, 2002; Rangé, 1998; Skinner, 1953/1989; Zaro, Barach, Nedelman e Dreiblatt, 1977/1980). Atualmente, a maioria dos psicoterapeutas considera a relação terapêutica como determinante para o êxito do processo psicoterapêutico, devendo ser estabelecido um clima de confiança. Pode-se considerar que a relação terapêutica é um instrumento terapêutico em si mesmo (Cardoso, 1985; Delliti, 2002; Kanfer e Phillips, 1970/1975; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001).

Quanto mais solidificada a relação terapeuta-cliente, mais chance de sucesso o processo terapêutico terá (Eckert, Abeles e Graham, 1998, citado por Silveira, 2003; Falcone, Guillard, Ingberman, Kerbauy e Rangé, 1998; Luciano e Herruzo, 1992, citado por Wielenska e Kerbauy, 2003; Meyer, 2001; Shinohara, 2000; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001). Pesquisas demonstraram que a aliança terapêutica é desenvolvida por volta da terceira ou da quarta

sessão, sendo essa aliança preditora do resultado da terapia, independentemente da orientação teórica ou da gravidade do problema (p. ex., Diguseppe, Linscott e Jilton, 1996, citado por Silveira, 2003).

Segundo Bordin (1979, citado por Silveira, 2003), a aliança terapêutica é constituída de três elementos – o vínculo terapêutico, o ajuste na percepção que terapeuta e cliente têm das tarefas da terapia e a concordância de ambos quanto aos objetivos do tratamento. Aqui, no Brasil, apenas recentemente pesquisadores e clínicos da área comportamental interessaram-se pelo estudo e pela publicação sobre a relação terapêutica (Silveira, 2003). Apesar disso, muitas pesquisas comprovaram a importância do estudo desse tema (Banaco, 1993; Rangé, 1998).

A relação terapêutica é recíproca. A comprovação da importância dessa relação no sucesso da terapia trouxe consigo a necessidade de se compreender outra variável durante a sessão: os sentimentos e as emoções do terapeuta (Abreu e Shinohara, 1998; Banaco, 1993; Banaco, Zamignani e Kovac, 1997; Beutler e Garfield 1997, citado por Silveira e Kerbauy, 2000; Otero, 1998; Shinohara, 2000). Cabe ao terapeuta, portanto, dirigir sua atenção aos sentimentos do cliente, assim como aos seus próprios comportamentos, privados ou não (Delliti e Meyer, 1998; Meyer e Turkart, 1987; Wielenska, 1989; Zaro et al., 1977/1980).

Banaco (1993), Zaro e colaboradores (1977/1980), afirmam que os sentimentos do terapeuta ajudarão a entender as contingências estabelecidas durante a relação terapêutica. Brandão (2000) revela

que não é agradável nem fácil deixar as emoções emergirem durante as sessões, podendo tal emergência ser evitada pelas duas partes (terapeuta e cliente). No entanto, os sentimentos e as emoções do terapeuta são importantes estímulos discriminativos para a compreensão das contingências evocadas ou estabelecidas, durante a sessão, na relação terapêutica. Em outras palavras, os sentimentos dão pistas do que foi aprendido no passado e as possíveis formas de comportamento no presente (Skinner, 1953/1989).

Além do uso de técnicas e de uma boa relação terapêutica, o terapeuta deve apresentar em seu repertório certas habilidades terapêuticas como aquelas propostas por Carl Rogers (1957, citado por Gavino, 2002), Cordioli (1998), Meyer e Vermes (2001), Peterson e Bry (1980, citado por Campos, 1998) e Strupp (1982, citado por Gavino, 2002), dentre as quais, empatia, autenticidade e aceitação podem ser destacadas. Outros autores ressaltam que o terapeuta deve ter habilidades para instruir o cliente, ouvir, observar, estar seguro de si, ser diretivo, ser disponível, usar de forma criteriosa o humor e ser criativo (p. ex., Rangé, 1995; Seligman, 1998, citado por Meyer, 2001; Silvaes e Gongora, 1998).

Banaco e Zamignani (1999) declaram que o terapeuta deve saber praticar tais habilidades, além de escutar com atenção o que o cliente está dizendo. O terapeuta ainda deverá possuir uma boa formação conceitual da abordagem que escolheu seguir. Se for comportamental, deverá compreender com clareza conceitos como aprendizagem clássica e operante; saber identificar as técnicas e usá-las e, fundamentalmente, analisar funcionalmente todo o processo terapêutico (ver também Kohlenberg e Tsai, 1991/2001).

Todas essas habilidades muitas vezes não são diretamente treinadas durante a graduação, deixando o terapeuta iniciante com “inseguranças” e “medos”, pois, ao chegar ao estágio, depara-se pela primeira vez com o papel de terapeuta e deverá comportar-se como tal (Castanheira, 2003; Zaro et al., 1977/1980). Os alunos de Psicologia são obrigados a assumir papéis contraditórios e ambíguos, concomitantes à supervisão – terapeuta, estudante, cliente, supervisionando e colega – o que acaba, por fim, gerando mais ansiedade (Olk e Friedlander, 1992, citado por Campos, 1998).

A fim de treinar o terapeuta iniciante no desenvolvimento das habilidades necessárias para o sucesso psicoterapêutico, o supervisor deverá evocar seus comportamentos privados (sentimentos, pensamentos, emoções), ou seja, aqueles que não são observados diretamente pelo supervisor durante as supervisões (Castanheira, 2003). Isso se deve ao fato de que o terapeuta, como uma “pessoa comum”, também teve uma história de reforçamento e punição, e seus efeitos constituem uma característica relevante no processo psicoterapêutico (Banaco, 1993; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Rangé, 1998). Nesse sentido, o supervisor poderá, em algumas ocasiões, verificar que “o aluno (...) saiu da sessão, além de bastante ansioso, frustrado por não ter conseguido captar o cliente e deixou escapar várias chances de fazer intervenções ou as fez em momentos absolutamente inadequados” (Banaco, 1993, p. 71-72).

Deve-se ressaltar que tal situação não depende apenas do aluno, mas também da instituição e do quadro curricular no qual o estágio ocorre (Campos, 1989; Castanheira, 2003; Kubo e Botomé, 2003; Marinho e Silveira, 2004; Silvaes e Gongora, 1998; Zaro et al.,

1977/1980). Muitas vezes, os alunos passam da teoria para a prática sem haver um treino suficiente, e a falta de experiência controla respostas de medo e de ansiedade. As grades institucionais e curriculares precisam de mudanças que incluam disciplinas práticas responsáveis proporcionar uma alteração na forma de ensino-aprendizagem. Os terapeutas iniciantes deveriam ter treino de habilidades profissionais antes de realizarem os atendimentos clínicos (Campos, 1998; Castanheira, 2003; Falcone et al., 1998; Rangé, 1998; Zaro et al., 1977/1980). De acordo com Shook e colaboradores (1995), Silvaes e Gongora (1998), os terapeutas que recebem treinamento oferecem maior ajuda a seus clientes do que terapeutas não treinados. Somado a isso, Gonçalves (1994) afirma que deveria haver um aumento na carga horária dos estágios, proporcionando, assim, um maior contato entre o aluno e a prática.

Guilhardi (1987), Silvaes (1997) e Ulian (2002) entendem que a experiência clínica antes da atuação é de fundamental importância e que isso pode ser oferecido ao aluno desde muito cedo, dando a ele a chance de se integrar em uma equipe de estudantes de vários níveis. O aluno pode participar de sessões de supervisão ou aprender por meio da observação de vídeos em que estudantes mais graduados possam servir de modelos.

Além disso, é de fundamental importância que os modelos estudados estejam adequados à realidade: ao se estudar, os modelos e os exemplos são geralmente elitizados; quando se chega à prática de estágio, o que encontramos é uma população carente. Como consequência, tem-se a impressão de que o que aprendeu não funciona, tendo que abandonar o modelo aprendido e procurar outro,

ao invés de aperfeiçoar o que aprendeu durante a graduação (Guilhardi, 1998). Em suma, é de fundamental importância para uma adequada formação do psicoterapeuta a interação entre informações teóricas, prática em atendimento e supervisão (Ulian, 2002).

Diante do relatado acima, torna-se relevante a observação das necessidades apresentadas pelos terapeutas iniciantes. Diversas questões sobre aliança terapêutica têm sido apresentadas. No entanto, o tema é bastante complexo e, por isso, exige uma maior investigação (Meyer, 2004). O objetivo deste trabalho foi chamar a atenção para as possíveis dúvidas e dificuldades dos terapeutas iniciantes e para a necessidade de treinar, no decorrer da graduação, as habilidades terapêuticas. Para tanto, foi aplicado um questionário que levantava as habilidades existentes e inexistentes nos terapeutas iniciantes em três momentos diferentes: Pré-Estágio, Estágio I e Estágio II. Foi também analisado um diário escrito por uma estagiária em Análise Comportamental, no qual ela anotava diariamente as ocorrências de seus eventos privados (ansiedade, medo, expectativas, etc.), antes e após as sessões realizadas com seus clientes.

MÉTODO

Participantes

Responderam a um questionário 78 alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, de ambos os sexos e idades entre 17 e 50 anos. Desses alunos, 30 cursavam as disciplinas de Pré-Estágio (8º período), 25 estavam no Estágio I (9º período) e 23, no Estágio II (10º período). O critério de inclusão para os participantes era de que estivessem cursando ou pretendendo cursar o estágio na área clínica, independentemente da abordagem escolhida.

Além disso, uma terapeuta em treinamento (estagiária), em Análise Comportamental, da Universidade Católica de Goiás, sexo feminino, casada, 31 anos, três filhos, registrou em um diário seus eventos privados relacionados a duas clientes. As clientes atendidas foram MV (nome fictício), 29 anos, sexo feminino, duas filhas, divorciada; e EY (nome fictício), 28 anos, sexo feminino, dois filhos, divorciada.

De modo geral, as principais queixas das clientes foram: baixa autoestima, diminuída habilidade social, dificuldade em discriminar seus próprios sentimentos, falta de confiança e depressão. Afirmavam que a origem de seus problemas residia no outro, ou seja, naqueles com quem conviviam, e não conseguiam relatar a necessidade de transformações em si mesmas.

Ambiente e material

Utilizou-se um questionário com 28 questões, sendo 25 destas, parte de uma escala Lickert com a variação de 1 a 4, que foi aplicado nos alunos da UCG, referente a habilidades necessárias a um bom terapeuta, assim como às principais dificuldades encontradas no início da profissão (ver Anexo 1). Com relação às sessões, foram realizadas em consultórios padronizados do Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica (CEPSI) da Universidade Católica de Goiás (UCG). A terapeuta utilizou um caderno como diário, no qual eram registrados dados importantes para a elaboração do estudo, ou seja, seus comportamentos privados antes e após as sessões e situações representativas das contingências observadas no dia a dia das clientes.

Procedimento

Aplicação do questionário

Foi aplicado um questionário, elaborado pela estagiária, com o auxílio de uma colega e de seus supervisores (Abreu, de-Farias, Cabral e Coelho, 2005). Após autorização por parte do coordenador da clínica-escola (CEPSI) para a aplicação do questionário, a estagiária pediu permissão à professora que ministrava a disciplina “Ética e Preparação para Estágio” para a aplicação do questionário ao final da aula. A aplicação do questionário para os alunos matriculados em Estágios I e II ocorreu no início de uma reunião marcada pela coordenação do CEPSI, para discutir assuntos da clínica-escola. Os

alunos responderam individualmente em, aproximadamente, 10 minutos.

Sessões Terapêuticas e Registros

As sessões eram realizadas duas vezes por semana, com a duração de 50 minutos cada. As sessões iniciais tiveram o objetivo de avaliar queixas trazidas pelas clientes e coletar dados. Nas demais sessões, foram realizadas (1) análises funcionais dos comportamentos das clientes, com o objetivo de obter informações acerca da instalação e da manutenção de seus comportamentos; (2) reforçamento diferencial do comportamento verbal das clientes, com o objetivo de desenvolver análises funcionais; (3) ensaio comportamental, com o objetivo de treinar comportamentos mais assertivos e (4) biblioterapia, com finalidade pedagógica e também distrativa.

As sessões com as clientes foram registradas pela estagiária em um caderno de diário. Nesse caderno, eram anotados também os pensamentos e os sentimentos da estagiária. As anotações eram realizadas antes e depois das sessões de cada uma das clientes. Tal procedimento teve como principal objetivo a análise dos comportamentos da terapeuta, relacionando-os ao andamento das sessões, e de como esses eventos poderiam influenciar e ser influenciados pela relação terapêutica.

RESULTADOS

Análise das respostas ao questionário

Foram analisados 25 itens do questionário. As questões com menor índice de concordância para todos os grupos referiam-se ao fato de o aprendizado de uma teoria e o ensino oferecido pela universidade durante a graduação serem suficientes para que o aluno se torne um bom terapeuta. Além disso, as respostas dos diferentes níveis de estágio divergiram quanto à maior responsabilidade de técnicas ou da relação terapêutica sobre as mudanças comportamentais dos clientes (questões 4, 8 e 9). A maior concordância para os grupos foi encontrada nas questões 15, 17 e 20 (que se referiam à influência da relação terapêutica sobre a terapia, à necessidade de terapia para o terapeuta e ao fato de terem procurado outras fontes de conhecimento além das aulas).

Na maioria das questões, as diferenças entre os grupos não foram significativas ($\alpha > 0,05$). No entanto, observa-se um aumento estatisticamente significativo entre os alunos dos três grupos na concordância com as questões 1 (sobre estar preparado para exercer as funções de psicólogo), 3 (sentir-se tranquilo antes do primeiro atendimento), 5 (treino de habilidades terapêuticas durante a graduação) e 15 (que há diferenças entre as análises de terapeutas iniciantes e as de terapeutas experientes).

Em suma, os alunos de pré-estágio julgaram-se menos preparados para exercer a profissão de psicólogo clínico, enquanto consideraram, em maior proporção do que os alunos formandos, que

a relação terapêutica influencia no sucesso da terapia e que há diferenças entre as análises clínicas realizadas por terapeutas iniciantes e experientes.

Análise dos registros em diário

A partir dos registros dos diários, foram quantificados, a cada sessão, os sentimentos positivos e negativos da estagiária em relação a si mesma, em relação às clientes e em relação às sessões. Esses dados foram analisados para as sessões iniciais (1- 5), intermediárias (11-15) e finais (20-25 para EY, e 34-39 para MV). Foi calculada, para cada sessão desse conjunto, a razão acumulada de sentimentos positivos (frequência acumulada de sentimentos positivos dividida pela frequência acumulada de sentimentos negativos) separadamente em relação a si mesma, à cliente e à sessão. Os dados são apresentados nas Figuras 1 e 2.

Observa-se que houve uma correlação nos sentimentos dos três tipos de relatos, isto é, relatos positivos das clientes ocorriam geralmente junto a relatos positivos sobre si e sobre a sessão. Os primeiros atendimentos com a cliente EY foram marcados por alguns relatos de sentimentos negativos. Logo em seguida, ainda nas sessões iniciais, a estagiária demonstrava ter adquirido mais “segurança” (“saber como agir”) e confiança por ter recebido um treino anterior, visto que essa cliente era a quarta pessoa que estava atendendo. Dessa forma, foram mais frequentes sentimentos positivos em relação às sessões, a si mesma e à cliente. Porém, como

pode ser observado na Figura 3.1, a razão de sentimentos positivos foi declinando, dando lugar a alguns sentimentos negativos e, após, os sentimentos positivos e negativos adquiriram a mesma proporção, ou seja, igualaram-se.

Pode-se notar que, nas sessões intermediárias, houve uma acentuada diminuição dos sentimentos positivos e uma manutenção dos sentimentos negativos em relação à sessão, a si mesma e à cliente. Nesse conjunto de sessões, observa-se uma mesma razão de sentimentos positivos e negativos.

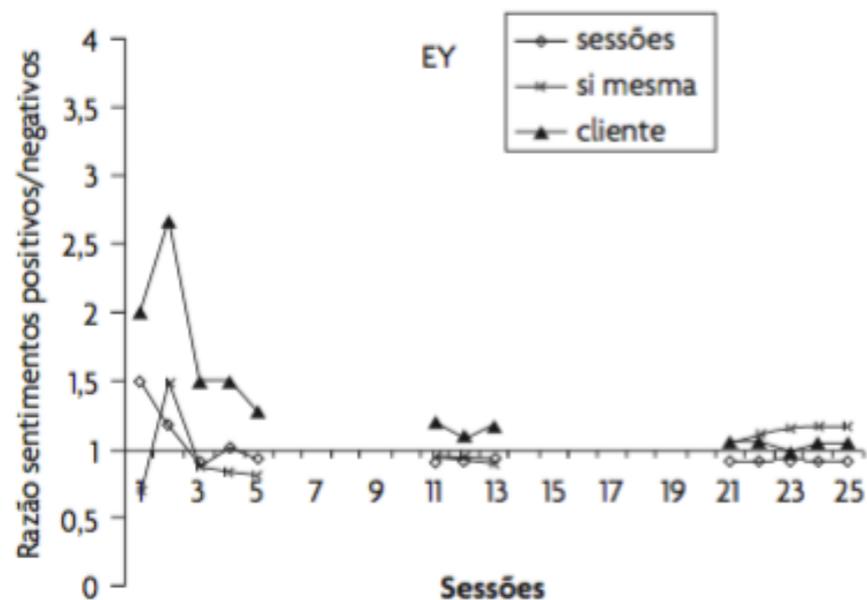


Figura 3.1 Razão acumulada de sentimentos positivos da terapeuta (frequência acumulada de sentimentos positivos dividida pela frequência acumulada de sentimentos negativos) em relação a si mesma, à cliente e à sessão, para a cliente EY.

A cliente, muitas vezes, evocava na estagiária sentimentos como raiva, por emitir comportamentos como falta de interesse e

“deboches”. Por sua vez, a estagiária começou a se sentir desmotivada, com falta de interesse em buscar novas estratégias de intervenção, com falta de criatividade, com sentimento de culpa por não achar-se competente, ou seja, por não ter habilidades terapêuticas para estabelecer uma eficiente relação terapêutica.

A estagiária discriminou mais sentimentos negativos do que sentimentos positivos, tais como: “dó” pelo fato de a cliente haver encontrado inúmeras oportunidades de mudança e não ter conseguido; desmotivação, pois a cliente não fazia as tarefas e sempre apresentava justificativas; falta de interesse, o que impedia a terapeuta de emitir comportamentos criativos durante a sessão. No entanto, com discussões em supervisão, surgiram comportamentos considerados positivos, como não sentir-se mais culpada pela ausência de mudanças na terapia, já que a cliente estava se mostrando resistente, ou seja, a terapeuta compreendeu que a responsabilidade na resolução dos problemas envolvia a própria cliente.

Nas sessões finais, a razão de sentimentos positivos permaneceu igual ao longo das cinco sessões no que diz respeito às sessões e à cliente, enquanto observou-se uma leve tendência crescente nos sentimentos positivos frente aos negativos com relação a si mesma.

Nas sessões iniciais em relação à cliente MV (Figura 3.2), observou-se uma maior presença de sentimentos negativos no que diz respeito às sessões, a si mesma e à cliente. Porém, notou-se um aumento nos relatos de sentimentos positivos em relação aos

negativos da primeira à quinta sessão. Nas sessões intermediárias, há uma notável mudança que aponta uma menor proporção de

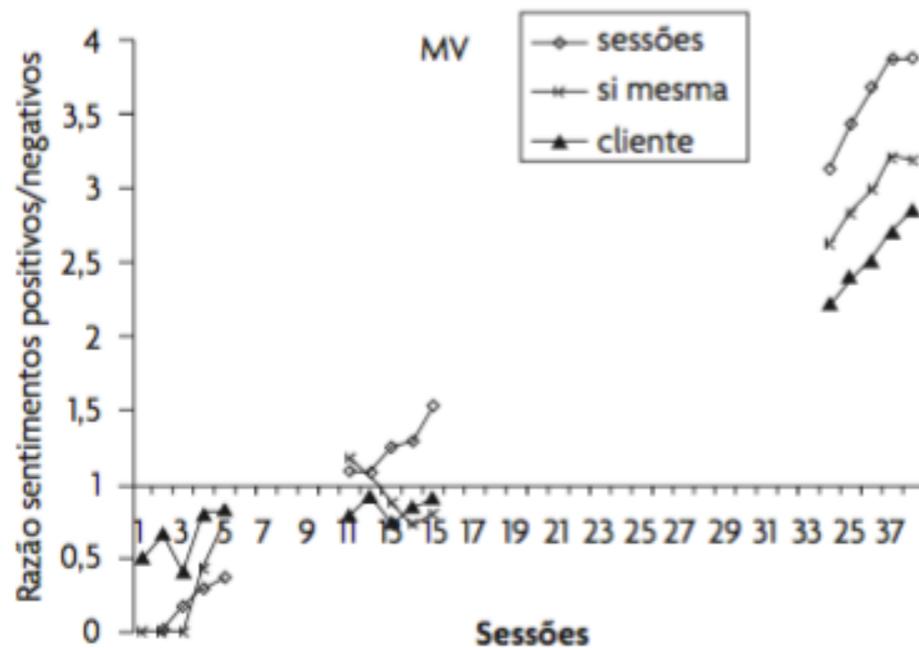


Figura 3.2 Razão acumulada de sentimentos positivos da terapeuta (frequência acumulada de sentimentos positivos dividida pela frequência acumulada de sentimentos negativos) em relação a si mesma, à cliente e à sessão, para a cliente MV.

sentimentos negativos com relação a si mesma em comparação com as sessões iniciais, resultando na instalação de sentimentos positivos. A razão acumulada de sentimentos positivos em relação às sessões aumentou da primeira para a última sessão intermediária, enquanto as demais razões se mantiveram estáveis.

As sessões intermediárias com a cliente MV foram caracterizadas por um processo de construção com a formação de vínculo terapêutico. Por volta da 14ª sessão, a estagiária expôs para a cliente alguns de seus sentimentos: “estou percebendo e sentindo

que as sessões estão ‘chatas’ e repetitivas, o que você acha disso?”. Conseguiu, a partir disso, manifestar sentimentos como empatia, autenticidade e compreensão, o que acarretou um aumento de sentimentos positivos com essa cliente.

Quanto às sessões finais, há uma total extinção dos sentimentos negativos, acentuada e única presença dos sentimentos positivos, cuja razão aumenta da 34ª para a 38ª sessão, chegando a um total de quatro vezes mais sentimentos positivos na última sessão. Essas sessões foram marcadas por grande “sentimento de gratificação” por possibilitarem à estagiária ajudar a cliente a ter comportamentos mais adaptativos, ter mais atenção por preocupar-se com a manutenção dos novos comportamentos adquiridos, cuidado em saber se a cliente estava bem ou não, saudade por ter desenvolvido um bom vínculo terapêutico e ter que se separar da cliente.

DISCUSSÃO

Aplicação do questionário

De forma geral, verificou-se que os alunos de pré-estágio julgaram-se menos preparados para exercer a profissão de psicólogo clínico, enquanto consideraram, em maior proporção que os alunos formandos, que a relação terapêutica influencia no sucesso da terapia e que há diferenças entre as análises clínicas realizadas por terapeutas iniciantes e as realizadas por terapeutas experientes.

Tal análise vem corroborar as declarações de Guilhardi (1987) e Silveiras (1997), segundo as quais a experiência clínica antes da atuação é de fundamental importância. Esses autores afirmam, também, a necessidade de que isso seja oferecido ao aluno desde muito cedo, dando a ele a chance de se integrar em uma equipe de estudantes de vários níveis. Se isso ocorresse, os estudantes de pré-estágio poderiam sentir-se mais capazes para exercer a profissão de psicólogo clínico e também mais tranquilos antes do primeiro contato com o cliente, podendo oferecer um melhor atendimento no que diz respeito à atuação profissional.

Os três grupos também concordaram sobre a influência da relação terapêutica no sucesso da terapia e na necessidade de treino em habilidades terapêuticas. Pode-se, assim, considerar que há concordância sobre a relação terapêutica ser um instrumento terapêutico em si mesmo (Cardoso, 1985; Delliti, 2002; Kanfer e Phillips, 1970/1975; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001). Para haver o treino em habilidades terapêuticas, seria necessário que as grades institucionais e curriculares mudassem e incluíssem disciplinas práticas, que proporcionariam uma alteração na forma de ensino-aprendizagem (Campos, 1998; Castanheira, 2003; Falcone et al., 1998; Rangé, 1998; Zaro et al., 1977/1980) e, dessa forma, possibilitariam um melhor desempenho profissional.

Verifica-se, também, concordância no que diz respeito à ideia de que há diferenças entre análises clínicas realizadas por terapeutas iniciantes e experientes. Os terapeutas iniciantes deveriam ter treino de habilidades profissionais antes de realizarem os atendimentos clínicos (Campos, 1998; Castanheira, 2003; Falcone et al., 1998;

Rangé, 1998; Zaro et al., 1977/1980). Dessa forma, adquiririam experiências relacionadas a habilidades terapêuticas mais precocemente e, assim, o sucesso terapêutico poderia ser sinalizado também mais cedo.

As questões de baixo índice de concordância entre os três grupos referiam-se ao fato de o aprendizado de uma teoria e o que a universidade oferece durante a graduação serem suficientes para formar um bom terapeuta; também referiam-se à maior responsabilidade de técnicas ou da relação terapêutica sobre as mudanças comportamentais dos clientes. A maior concordância para os grupos foi encontrada no que se referia à influência da relação terapêutica sobre a terapia, à necessidade de terapia para o terapeuta e ao fato de os alunos terem procurado outras fontes de conhecimento além das aulas.

Se, por um lado, o curto período entre os estágios explica a pouca diferença; por outro, os baixos índices de concordâncias sobre o que é necessário para se tornar um bom terapeuta indicam uma necessidade de discutir possibilidades e de se estabelecer repertórios que permitam uma atuação mais efetiva do terapeuta iniciante.

Quanto a si mesma, às sessões e às clientes

As primeiras sessões foram marcadas por comportamentos privados negativos, tais como situações “conflitantes” nas quais a aluna não tinha segurança quanto ao agir como estagiária, “frustrantes” por não conseguir desempenhar tarefas previamente elaboradas, de grande medo por deparar-se com situações novas

como os problemas de cada cliente e ansiedade relacionada a conseguir ou não desempenhar o papel de estagiária de forma eficiente e funcional. Deparar-se, pela primeira vez, com o papel de estagiária eliciou respostas de ansiedade de grande magnitude, apesar de os supervisores terem esclarecido aspectos a serem priorizados nas primeiras sessões. Deve-se ressaltar que a estagiária em questão teve a oportunidade de ser ouvinte de supervisão durante um semestre (2o de 2004), quando pôde aprender, por modelação e regras por parte da supervisora e das colegas, como atender aos clientes e sobre aspectos importantes a serem destacados na clínica. Considera-se tal oportunidade de grande importância para que os comportamentos como medo, frustração e ansiedade diminuíssem sua intensidade/frequência já ao longo das primeiras sessões de atendimento.

Na noite anterior ao primeiro atendimento, a estagiária mal conseguiu dormir, pensando em como seria. Havia planejado um roteiro com tópicos que não poderia deixar de informar à cliente, tais como dia, horário, duração da sessão e regras do CEPSI. Tudo o que havia planejado não ocorreu, pois a cliente chorou e falou durante toda a sessão. A estagiária saiu da sessão bastante frustrada, pois não havia conseguido cumprir o planejado. Então, pensava: “será que conseguirei ajudar a cliente? E se ela me perguntar “tal coisa”, o que e como devo responder?”. Esses eventos privados controlaram respostas de medo, de ansiedade e de frustração na estagiária (como apontado por Banaco, 1993).

Essas questões ficaram claras nas primeiras sessões com a cliente MV, marcadas por ansiedade relacionada ao fato de não

conseguir ajudar a cliente, de achar que não sabia nada da teoria, de temer estar na área errada (clínica), bem como temer determinadas perguntas que a cliente poderia fazer. Além disso, a estagiária experienciou frustrações por não ter conseguido fazer perguntas na hora oportuna, por ter ignorado relatos importantes e, até mesmo, pelas faltas dos clientes à sessão.

Por outro lado, as sessões iniciais com a cliente EY foram inicialmente positivas. Esse desenvolvimento inicial das sessões deve-se, primordialmente, ao fato de que essa era a quarta cliente a ser atendida pela estagiária, que já havia adquirido um repertório para guiar as sessões iniciais a partir dessa prática inicial.

Em relação às sessões intermediárias, as supervisões e a exposição às contingências foram de fundamental importância para que os sentimentos descritos acima diminuíssem em frequência e em intensidade, e assim, habilidades terapêuticas antes não observadas foram emergindo. Habilidades como compreensão, empatia, autenticidade e criatividade que eram evocadas e treinadas durante as supervisões começaram a ser observadas. A estagiária procurou priorizar a relação terapêutica, mas surgiram algumas dúvidas, tais como: “o terapeuta poderá compartilhar de um ‘riso’ de ‘alguma coisa’ engraçada trazida pelo cliente ou deve manter uma postura mais séria?”, dúvidas estas discutidas no grupo de supervisão.

A estagiária observou e expôs aos supervisores que, quando os clientes estavam desmotivados ou desinteressados, ou seja, quando apresentavam baixa adesão ao processo, ela também ficava desmotivada, com baixo interesse nos estudos, sem criatividade e

com as seguintes dúvidas: “pode um terapeuta se comportar de tal maneira? Isso é correto? O terapeuta deve ou não expor tal fato para o cliente?”; “pode o terapeuta sair da sessão com raiva do cliente por este evocar alguns aspectos da história de reforçamento ou punição do próprio terapeuta? O terapeuta deve estar em terapia?”. Durante as supervisões, tais dúvidas foram sendo sanadas e a estagiária, adquirindo segurança e habilidades antes não observadas.

Nas sessões finais, a estagiária, por ter sido submetida a reuniões nas quais seus supervisores faziam intervenções e observações precisas e eficazes, conseguiu adquirir novos comportamentos privados: segurança quanto à sua escolha de atuação; gratificação por ter conseguido auxiliar clientes a adquirirem comportamentos mais adaptativos e autenticidade quanto à sua maneira de ser. Contudo, em relação à EY, com quem a terapeuta iniciou o atendimento com confiança, à medida que a terapia se desenvolvia e suas técnicas não estavam sendo efetivas na promoção da melhora da cliente, a terapeuta se descrevia desmotivada consigo mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi o de chamar a atenção para possíveis dúvidas e dificuldades dos terapeutas iniciantes e para a necessidade de treinar, no decorrer da graduação, as habilidades terapêuticas. De forma geral, os dados do questionário, bem como os dados dos registros das sessões, dão suporte ao papel fundamental

da relação terapêutica e do desenvolvimento das habilidades necessárias para o terapeuta iniciante antes do início dos atendimentos.

Ao se obter maior concordância nos questionários no que se referiu à influência da relação terapêutica sobre a terapia, à necessidade de terapia para o terapeuta e à procura de outras fontes de conhecimento além das aulas, esses dados enfatizam a necessidade de mudanças nos currículos. As grades curriculares necessitam de disciplinas práticas que proporcionem uma mudança na forma de ensino-aprendizagem. Os terapeutas iniciantes deveriam ter treino de habilidades profissionais antes de realizarem os atendimentos clínicos, já que terapeutas que são anteriormente treinados oferecem maior ajuda a seus clientes do que os terapeutas não treinados (Campos, 1998; Castanheira, 2003; Falcone et al., 1998; Rangé, 1998; Shook et al., 1995; Zaro et al., 1977/1980).

Mudanças nesse sentido estão propostas nas novas diretrizes para o curso de Psicologia, de acordo com o Ministério da Educação. Elas preveem o desenvolvimento, desde o início do curso, de habilidades básicas necessárias ao exercício da profissão.

Há que se observar que, de acordo com a literatura, juntamente às habilidades fundamentais à prática clínica, é imprescindível o desenvolvimento de uma relação terapêutica sólida, a qual está diretamente relacionada a uma maior chance de sucesso do processo terapêutico (Falcone et al., 1998; Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Meyer, 2001; Shinohara, 2003).

Pesquisas demonstraram que a aliança terapêutica é desenvolvida por volta da terceira ou da quarta sessão, sendo preditora do resultado da terapia, não dependendo da orientação teórica ou da gravidade do problema (p. ex., Diguseppe, Linscott e Jilton, 1996, citado por Silveira, 2003). No presente trabalho, o sucesso da terapia com uma das clientes (MV) desenvolveu-se a partir da 14ª sessão, momento no qual foi possível a observação de uma relação terapêutica baseada na confiança e na empatia. Por outro lado, com a cliente EY não se desenvolveu uma aliança terapêutica sólida. Assim, o uso das mesmas habilidades desenvolvidas pela terapeuta e que foram eficazes para desenvolver um repertório mais funcional com MV, cliente com a qual se desenvolveu uma relação sólida, esbarraram na resistência e no afastamento afetivo de EY.

Ressalta-se que a relação terapêutica deve ser recíproca e, como dito anteriormente, é necessário compreender os sentimentos e as emoções do terapeuta (Abreu e Shinohara, 1998; Banaco, 1993; Banaco et al., 1997; Beutler e Garfield 1997, citado por Silveira e Kerbauy, 2000; Otero, 1998; Shinohara, 2000). Como apontado por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), se o cliente evoca emoções negativas na sessão, é muito provável que seu comportamento evoque sentimentos semelhantes no seu dia a dia. Contudo, à medida que a queixa é de outro indivíduo e não do cliente – que não reconhece sua demanda – ele não apresenta disposição para mudar e, assim, desenvolver uma relação afetiva positiva com o terapeuta, dificultando que este também desenvolva essa afetividade. Por fim,

(...) muitas vezes é exigido do terapeuta que ele seja uma pessoa isenta de sentimentos e preconceitos em relação aos clientes, aberta a qualquer problema que se lhe apresente. Afinal, ele deve “entender” tudo em todos os significados que a palavra “entender” tem na língua portuguesa.

Mas ele também é uma pessoa que tem sua história de reforçamento e, se quisermos analisar funcionalmente seu desempenho profissional, devemos também levar em conta seus sentimentos e pensamentos (Banaco, 1993, p. 79).

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N. & Shinohara, H. (1998). Cognitivismo e Construtivismo: Uma fértil interface. Em R. F. Ferreira & C. N. Abreu (Orgs.), *Psicoterapia e Construtivismo* (pp. 65-81). Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A. & Zamignani, D. R. (1999). Uma proposta de análise da modelagem de repertório clínico. Trabalho apresentado no Simpósio: Metodologia para a análise da interação terapêutica, VI Latini Dies. Rio de Janeiro.

Banaco, R. A., Zamignani, D. R. & Kovac, R. (1997). O estudo de eventos privados através de relatos verbais de terapeutas. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 277-283). Santo André: ESETec.

Barcellos, A. B. & Haydu, V. B. (1998). História da psicoterapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 74-82). Campinas: Editora Psy.

Brandão, M. Z. S. (2000). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para análise clínica. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Psicologia comportamental e cognitiva. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 217-223). Santo André: ESETec.

Campos, L. F. L. (1989). *Supervisão Clínica: Um instrumento de avaliação do desempenho clínico*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Campos, L. F. L. (1998). *Supervisão em terapia cognitivo-comportamental*. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 357-364). Campinas: Editorial Psy.

Campos, L. F. L. (1998). *Formação, supervisão e treinamento em psicologia clínica*. São Paulo: EPU.

Cardoso, E. R. G. (1985). *A formação profissional do psicoterapeuta*. São Paulo: Summus.

Castanheira, S. S. (2003). O primeiro cliente a gente nunca esquece. Em S. Z. M. Brandão, S. C. F. Conte, S. F. Brandão, K. Y. Ingberman, B. C. Moura, M. V Silva & M. S. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (pp. 357-366). Santo André: ESETec.

Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (1999). *Psicoterapia Analítico-Funcional: A relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica*. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 133-147). Santo André: ESETec.

Cordioli, A. V. (1998). Como atuam as psicoterapias. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 35-45). Porto Alegre: Artmed.

Delliti, M. (2002). *Estratégias auxiliares em terapia comportamental*. Em S. Z. M. Brandão, S. C. F. Conte, S. F. Brandão, K. Y. Ingberman, B. C. Moura, M. V Silva & M. S. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (pp. 204-209). Santo André: ESETec.

Delliti, M. & Meyer, S. B. (1998). O uso dos encobertos na prática da terapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp. 269-274). Campinas: Psy.

Edelstein, B. A. & Yoman, J. (2002). A entrevista comportamental. Em V. E. Caballo (Org.), Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento (pp. 663-683). São Paulo: Santos.

Falcone, O. M. E., Guillard, J. H., Ingberman, K. Y., Kerbauy, R. R. & Rangé, B. (1998). Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. Em B. Rangé (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas (pp. 331-351). Campinas: Editorial Psy.

Franks, C. M. (2002). Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: Uma revisão conceitual. Em V. E. Caballo (Org.), Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento (pp. 3-22). São Paulo: Santos.

Gavino, A. (2002). As variáveis do processo terapêutico. Em V. E. Caballo (Org.), Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento (pp. 131-143). São Paulo: Santos.

Gonçalves, C. L. C. (1994). Formação e Estágio Acadêmico. Psicologia Escolar no Brasil: Análise Curricular. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Guilhardi, H. J. (1987). A formação do terapeuta comportamental. Que formação? Em H. W. Lettner & B. Rangé (Orgs.), Manual de Psicoterapia Comportamental (pp. 313-320). São Paulo: Manole.

Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1970/1975). Os Princípios da Aprendizagem na Terapia Comportamental (T. P. de L. Mettel, trad. sup.). São Paulo: EPU.

Kerbauy, R. R. (2001). O repertório do terapeuta sob ótica do supervisor e da prática clínica. Em H. J. Guilhardi (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade (pp. 423-443). Santo André: ESETEC.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas e curativas (F. Conte, M. Delitti, M. Z. da S. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, trads.). Santo André: ESETEC.

Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2003). A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: as possibilidades nas diretrizes curriculares. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação (pp. 483-496). Santo André: ESETEC.

Marinho, M. L. & Silveira, J. M. (2004). Habilidades de psicoterapeuta comportamental infantil para o desenvolvimento de repertório socialmente hábil em crianças: Ensino e pesquisa. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 13. Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta (pp. 402-410). Santo André: ESETEC.

Matos, M. A. (2001). O Behaviorismo Metodológico e suas relações com o Mentalismo e o Behaviorismo Radical. Em R. A. Banaco (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos,

metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista (pp. 50-57). Santo André: ESETec.

Meyer, S. (2001). A relação terapeuta-cliente é o principal meio de intervenção terapêutica? Em H. J. Guillard (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a variabilidade* (pp. 95-97). Santo André: ESETec.

Meyer, S. B. (2004). Metodologia de pesquisa da interação terapêutica. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 13. Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (pp. 355-362). Santo André: ESETec.

Meyer, V. & Turkat, I. D. (1987). Análise Comportamental de Casos Clínicos. Em H. W. Lettner & Rangé (Orgs.), *Manual de Psicoterapia Comportamental* (pp. 110-115). São Paulo: Manole.

Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias*. M. Z. da S. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, (trads.). Santo André: ESETec.

Kubo, O. M. & Botomé, S. P. (2003). A transformação do conhecimento em comportamentos profissionais na formação do psicólogo: as possibilidades nas diretrizes curriculares. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição:*

Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação (pp. 483-496). Santo André: ESETec.

Marinho, M. L. & Silveira, J. M. (2004). Habilidades de psicoterapeuta comportamental infantil para o desenvolvimento de repertório socialmente hábil em crianças: Ensino e pesquisa. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 13. Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (pp. 402-410). Santo André: ESETec.

Matos, M. A. (2001). O Behaviorismo Metodológico e suas relações com o Mentalismo e o Behaviorismo Radical. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 50-57). Santo André: ESETec.

Meyer, S. (2001). A relação terapeuta-cliente é o principal meio de intervenção terapêutica? Em H. J. Guillard (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a variabilidade* (pp. 95-97). Santo André: ESETec.

Meyer, S. B. (2004). Metodologia de pesquisa da interação terapêutica. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 13. Contingências e Metacontingências: Contextos Sócio-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (pp. 355-362). Santo André: ESETec.

Meyer, V. & Turkat, I. D. (1987). Análise Comportamental de Casos Clínicos. Em H. W. Lettner & Rangé (Orgs.), Manual de Psicoterapia Comportamental (pp. 110-115). São Paulo: Manole.

Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.

Otero, V. R. L. (1998). Psicoterapia pessoal na psicoterapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas (pp. 353-355). Campinas: Editorial Psy II.

Rangé, B. (1998). Relação Terapêutica. Em B. Rangé (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos (pp. 43-64). Campinas: Psy.

Sacconi, L. A. (1996). Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa. São Paulo: Atual.

Sant'Anna, H. H. N. (2003). Os estados subjetivos no Behaviorismo Radical. Em E. C. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), Primeiros Passos em Análise do comportamento e cognição (pp. 65-74). Santo André: ESETec.

Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? Em R. R. Kerbauy (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Psicologia comportamental e cognitiva: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico (pp. 218-224). Santo André: ESETec.

Shook, G., Hartsfield, F. & Hemigway, M. (1995). Conteúdo essencial no treinamento de analistas do comportamento. Boletim da ABMPC, 14, Abril 1998, tradução de R. C. Wielenska (artigo originalmente publicado na Revista The Behavior Analyst, 18, 83-91).

Silvares, E. F. M. (1997). Dificuldades, na graduação e pós-graduação, com a prática clínica comportamental. Em R. R. Kerbauy (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Psicologia comportamental e cognitiva: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico (pp. 442-447). Santo André: ESETec.

Silvares, E. F. M. & Gongorra, M. A. N. (1998). Psicologia Clínica Comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças. São Paulo: EDICON.

Silveira, J. M. & Kerbauy, R. R. (2000). A interação terapeuta-cliente: uma investigação com base na queixa clínica. Em R. R. Kerbauy (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Conceitos, pesquisa e aplicações, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico (pp. 209-216). Santo André: ESETec.

Silveira, J. M. (2003). Pesquisa da relação terapêutica em Psicologia Clínica Comportamental. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição (pp. 139-148). Santo André: ESETec.

Skinner, B. F. (1953/1989). Ciência e Comportamento Humano (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1974/1993). Sobre o Behaviorismo (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.

Skinner, B. F. (1989/1991). Questões Recentes na Análise Comportamental (A. L. Neri, trad.). São Paulo: Papirus.

Ulian, A. L. (2002). Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 4, 91-104.

Wielenska, R. C. (1989). A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Wielenska, R. C. & Kerbauy, R. R. (2003). Adesão e mudança de comportamento: Análise das interações verbais terapeuta-cliente nas sessões iniciais. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 11. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação (pp. 130-169). Santo André: ESETec.

Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: Desafios a serem enfrentados. Em R. R. Kerbauy (Org.), Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 5. Psicologia comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação (pp. 229-237). Santo André: ESETec.

Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. J. & Dreiblatt, I. S. (1977/1980). Introdução à prática psicoterapêutica (L. R. Marzagão, trad.). São Paulo: EPU.

Referência deste capítulo

M Hellen Ormond Abreu-Motta, H. O; de-Farias A. K. C. R & Coelho, (2010) **Habilidades Terapêuticas: É possível treiná-las?** Em: de-Farias, A. K. C. R. Análise Comportamental Clínica: Aspectos Teóricos e Estudo de Caso. Porto Alegre: Artmed

Nessa perspectiva, esses fenômenos têm causas e naturezas iguais aos demais comportamentos.

A fim de promover uma reflexão sobre questões como “Existem os fenômenos comportamentais chamados de transtornos mentais?”; “Por que esses padrões comportamentais são chamados e classificados como transtornos mentais?”; “O que distingue a normalidade da anormalidade?”, o presente capítulo percorrerá três discussões a saber:

1. problemas clínicos;
2. multideterminação do comportamento;
3. normalidade: um conceito definido por práticas culturais.

PROBLEMAS CLÍNICOS

Os motivos que levam um indivíduo a procurar ajuda de um psicólogo clínico são a busca de auto- conhecimento e/ou problemas que o cliente não está conseguindo enfrentar sozinho, entre eles os chamados transtornos psiquiátricos.

Quando uma pessoa procura ajuda de um psicólogo clínico/analista em busca de autoconhecimento –comportamento ainda pouco frequente em nosso país–, ela está se engajando em um comportamento que produz, principalmente, maior acesso a reforçadores. Isso porque, ao conhecer melhor seus comportamentos –ou seja, aquilo que faz, pensa e sente, bem como as contingências que controlam/afetam essas respostas–, teoricamente, maior será sua

capacidade de lidar com esses eventos, podendo alterá-los, gerando, como consequência, mais reforço ou reforçadores mais potentes. Por exemplo, uma pessoa que, entre outras coisas, vive um relacionamento amoroso “bom” e busca discutir em sua análise esta relação, poderá compreender quais atitudes suas agradam seu parceiro e emití-las mais frequentemente, o que, possivelmente, fortalecerá o apreço que seu parceiro tem por ela. Se o objetivo dessa pessoa é fortalecer seu relacionamento amoroso, esse é um comportamento que poderá ser emitido com esse objetivo.

Todavia, a maior parcela dos clientes que procuram um clínico o faz porque “está com problemas”. Você não ouve alguém dizer que está com problemas porque está ganhando dinheiro ou está feliz no relacionamento amoroso ou foi aprovado na faculdade. Ao contrário, um indivíduo diz que está com problemas quando seus comportamentos não produzem aquilo de que ele gostaria ou, quando produzem, trazem consigo sofrimento. Nesse sentido, “estar com problemas” refere-se a dificuldades em emitir respostas que diminuam estimulações aversivas ou que dêem acesso a reforçadores.

A dificuldade em produzir reforçadores ou eliminar ou atrasar aversivos pode se dar por diferentes motivos: pela falta de repertório, o indivíduo não sabe (aprendeu) emitir a resposta que produz essas consequências; por falhas no controle discriminativo, o indivíduo não fica sob controle de eventos do ambiente que deveria ter para que sua resposta seja reforçada; por dificuldade em relação à intensidade (excesso ou insuficiência) da resposta, não produz a consequência;

etc. Assim, caberá ao clínico identificar estes comportamentos e auxiliar o cliente na mudança destas relações, permitindo a ele (cliente) maior acesso a reforçadores e/ou menor exposição a eventos aversivos.

O outro motivo que alguns psicólogos atribuiriam como determinante na busca por um trabalho clínico (análise) é “estar acometido por um transtorno psiquiátrico”. Todavia, seriam os “transtornos psiquiátricos” diferentes dos demais “problemas clínicos”?

Com o avanço dos estudos da psiquiatria e das ciências do comportamento, sabe-se hoje que tanto “transtornos psiquiátricos”

como qualquer outro comportamento sofrem influência em três níveis: filogenético, ontogenético e cultural, o que, para muitas disciplinas, é mais referido como biopsicossocial. Nessa perspectiva, não existiriam diferenças significativas entre “transtornos psiquiátricos” e outros “problemas clínicos”.

Todavia, há aqueles que defendem que apesar de os “transtornos psiquiátricos” sofrerem influências múltiplas, sua diferenciação dos outros problemas se dá pela sua presumida origem orgânica.

MULTIDETERMINAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Para a Análise do Comportamento, a psicologia é uma ciência natural que está alinhada com a biologia, especificamente com o modelo de seleção natural. Assim, o comportamento é entendido

como algo que é natural e variável e passa por um processo de seleção pelos efeitos que produz no ambiente, o que chamamos de seleção por consequências. Desse modo, o comportamento – assim como as espécies no modelo de seleção natural – é produto de variação e seleção, o que ocorre em três níveis: filogenético, dado que o indivíduo nasce com uma predisposição a responder de determinada maneira, a qual foi herdada através de seleção de genes; ontogenético, dado que, a partir de sua concepção, o indivíduo naturalmente age (emite respostas) de forma variável (variabilidade comportamental), produzindo mudanças no ambiente, sendo essas (mudanças no ambiente) selecionadoras de repertório (tornarão mais prováveis uma parcela destas respostas); e cultural, dado que o sujeito é sensível, também, ao ambiente social que integra, sendo este (ambiente social) selecionador de padrões comportamentais típicos daquele grupo.

Uma vantagem dessa proposta é não dar a uma das instâncias selecionadoras (filogenética, ontogenética e/ou cultural) tratamento diferencial ou maior importância. O importante é observar o entrelaçamento entre elas, não ignorando nenhuma.

Assim, ao se voltar à discussão que encerra a seção anterior – que trata da “crença” de alguns que a diferença entre problemas psiquiátricos e problemas clínicos está na sua origem, sendo que os primeiros têm causas “orgânicas” (físicas) enquanto os outros têm causas “psicológicas” (metafísicas) –, pode-se dizer que todo comportamento resulta da história do indivíduo, ou seja, do entrelaçamento de mutações genéticas, experiências diretas ou transmitidas pelo grupo social que integra, e que os chamados

transtornos psiquiátricos também são produtos dessa história, recebendo maior ou menor influência de cada um destes aspectos da história. Resumidamente, os “transtornos psiquiátricos”, assim como qualquer outro comportamento, são comportamentos multideterminados em suas origens e em sua manutenção.

Essa explicação analítico-comportamental dos problemas clínicos e transtornos psiquiátricos não igualam totalmente tais eventos. Se, por um lado, iguala seus aspectos causais atribuindo a ambos a multideterminação histórica, por outro lado, permite uma distinção entre eles pelo comprometimento que podem exercer sobre o organismo, inclusive diferentes graus de comprometimento em diferentes níveis de variação e seleção.

Assim, ao se deparar com uma criança com desenvolvimento atípico (por exemplo, autismo), pode-se verificar uma forte determinação no nível filogenético, mas pode-se encontrar, em muitos casos, influências nos níveis ontogenético – por exemplo, pais que superprotegem, dificultando o desenvolvimento (aprendizagem) da criança – e cultural – por exemplo, práticas de exclusão que podem levar à maior diferenciação entre essa criança e as demais. Em contraponto, é possível encontrar casos em que o indivíduo não apresenta influência filogenética evidente (ausência de histórico familiar de transtornos mentais), mas apresenta padrão comportamental específico (por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada), identificando-se nestes casos fortes influências nos níveis ontogenético – por exemplo, história com grande exposição a punições no âmbito familiar – e cultural – por exemplo, cobrança de que é preciso ser o melhor. Toda esta discussão é de fundamental

importância para o psicólogo clínico, pois, compreendendo o fenômeno por esta perspectiva, ele poderá e deverá buscar identificar as contingências que influenciaram o desenvolvimento deste repertório e, mais ainda, as contingências que o mantêm. Diante delas o clínico estará mais perto de encontrar meios eficientes de intervir sobre tais padrões comportamentais, resultando em menor sofrimento para o cliente.

NORMALIDADE: UM CONCEITO DEFINIDO POR PRÁTICAS CULTURAIS

Antes de se encerrar o capítulo, faremos uma breve discussão sobre “normalidade” e “anormalidade”, pois, frequentemente, ouvimos que pessoas que apresentam algum quadro psiquiátrico são “loucas” ou “anormais”, o que, em muitos casos, mais atrapalha do que ajuda, além de ser uma atitude preconceituosa.

A classificação de padrões comportamentais como transtornos mentais é, como ver-se-á nesta seção, determinada por práticas culturais que estabelecem os padrões socialmente aceitos ou não (Falk e Kupfer, 1998). Desse modo, padrões comportamentais que violam expectativas sociais são tratados, frequentemente, como “anormais” ou “psicopatológicos”.

Todavia, muitos dos que defendem a diferenciação entre “sadio” e “psicopatológico” ou “normal” e “anormal” sequer fazem uma reflexão da origem destas distinções.

A primeira dessas práticas culturais, que classifica os indivíduos entre “sadios” e “acometidos por psicopatologias”, é resquício de um

dualismo metafísico da Idade Média, pois busca atribuir como causa desses padrões comportamentais, chamados de psicopatológicos, falhas mentais. Esta classificação, além de se sustentar em um dualismo (mente-corpo), inconsistente com uma visão natural de homem vigente na biologia, ajuda pouco a respeito do que fazer com esses indivíduos, visto que seus seguidores ficam buscando em suas mentes a “causa” e a “cura” desses padrões comportamentais, quando deveriam buscar as “causas” nas histórias desses indivíduos e as “curas”, na maneira como esse indivíduo interage com seu ambiente.

A segunda prática cultural, que classifica os indivíduos entre “normal” e “anormal” ou acometido por um “transtorno” será aqui chamada de modelo estatístico de normalidade e se trata de uma distorção do modelo de seleção natural de Darwin. Seu método para a definição de um “transtorno” é a comparação entre pessoas. Assim, considera a “normalidade” e o “transtorno” por critérios estatísticos de determinação (Abramson e Seligman, 1977). Segundo Johnston e Pennypacker (1993), a base da entrada da estatística na concepção da saúde mental vem da concepção defendida por Quetelet. De acordo com essa concepção, a natureza, em busca da evolução, produziria a variabilidade entre os organismos; entretanto, formas mais perfeitas do que outras se repetiriam mais frequentemente, em uma distribuição que obedeceria à “curva normal”: as mais perfeitas teriam uma frequência maior, e desvios gradativos da perfeição seriam também gradativamente menos frequentes.

Dois problemas devem ser identificados neste critério de normalidade: uma intencionalidade da natureza e a divisão dos indivíduos em categorias de diferentes qualidades.

O modelo de seleção natural de Darwin não fala de relações intencionais entre os organismos e a natureza. Esse modelo descreve que grupos/populações que apresentam determinadas características (variação, mutação) acabam por ter um maior número de sobreviventes do que grupos/populações que não apresentam aquela característica (seleção), não sendo descrita nenhuma intencionalidade no ambiente. Desse modo, o modelo estatístico desvirtua a teoria darwiniana ao atribuir ao ambiente um papel de selecionador da perfeição e, ao mesmo tempo, abre caminho para as visões segregacionistas, que defendem que o mundo é feito para os melhores, ao atribuir às diferenças qualidades – valores como: melhores e piores, perfeitos e imperfeitos, bons e ruins, adequados e inadequados, adaptados e desadaptados, etc.

Apesar destes problemas do modelo estatístico de classificação, ele é utilizado até a atualidade para dizer quem é “normal” e/ou “anormal” ou “transtornado”. Banaco, Zamignani e Meyer (2010) apontam os manuais diagnósticos, tais como a Classificação Internacional de Doenças – CID e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, como expressões dessa visão.

Por acreditar que os padrões de comportamento de um indivíduo decorrem do entrelaçamento dos processos de variação e seleção nos seus três níveis – filogenético, ontogenético e cultural – a análise do comportamento não compreende nenhuma forma de comportamento

como “psicopatológico”, “desadaptativo” ou “anormal”. Se os comportamentos são selecionados por suas consequências, pode-se dizer que todo comportamento é normal, no sentido de que é selecionado. Como afirma Skinner (1959), aqueles comportamentos tidos como “patológicos” decorrem de variação e seleção como todos os outros.

Na tentativa de encontrar uma forma diferente de lidar com esses fenômenos comportamentais, a análise do comportamento dá ênfase à análise de contingências (avaliação funcional), entendendo que alguns comportamentos merecem maior atenção do clínico ou do profissional de saúde não porque sejam “patológicos” ou “anormais”, mas porque violam expectativas sociais e, conseqüentemente, trazem maior sofrimento àqueles que os apresentam ou àqueles que com eles convivem. A análise do comportamento propõe que esses padrões comportamentais sejam analisados como déficits ou excessos comportamentais. Esses comportamentos seriam mantidos por contingências de reforçamento em um nível que justificaria sua manutenção, mas produzindo, ao mesmo tempo, punição, com manifestações emocionais intensas, gerando sofrimento para a pessoa que se comporta (Ferster, 1973). Desta forma, a análise do comportamento utiliza o critério do sofrimento para definir se um comportamento merece ou não uma atenção “especial”: é o sofrimento que a pessoa que se comporta/manifesta, ou os que estão ao seu redor estão submetidos, que justificaria o seu estudo e a busca do seu controle. Para Sidman (1989/2003), os chamados “transtornos psiquiátricos” são produtos de uma sociedade coercitiva, que puniria alguns tipos de comportamento que lhe são adversos. Algumas

formas de adaptação à coerção seriam caracterizadas por respostas de fuga e esQUIVA que interferem no funcionamento cotidiano da pessoa, o que leva ao desajustamento social e à capacidade reduzida para engajamento construtivo, implicando em custos pessoais e sociais severos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a análise do comportamento, “transtornos psiquiátricos” são da mesma natureza que “problemas clínicos”, ou seja, são comportamentos resultantes da interação entre o indivíduo e seu meio. Tais padrões comportamentais se desenvolvem a partir do entrelaçamento de três níveis de variação e seleção: filogenético, ontogenético e cultural.

Assim, os transtornos mentais podem ser considerados como respostas normais para situações extremas ou “transtornadas” (adversa) (Falk e Kupfer, 1998). Desse ponto de vista, de acordo com a concepção da análise do comportamento, o fenômeno comportamental tratado como “transtorno mental” seria um padrão comportamental selecionado ao longo da história de interação entre as respostas emitidas pelo indivíduo e os efeitos ambientais delas decorrentes (que as selecionaram), e a ciência que teria melhores ferramentas e condições de explicá-lo e manejá-lo seria a Análise do Comportamento.

Partindo desse pressuposto, o clínico analítico-comportamental faz análises de contingências (avaliações funcionais) buscando identificar tais relações funcionais responsáveis pelo desenvolvimento

e, principalmente, manutenção desses padrões comportamentais, para posteriormente intervir sobre esses padrões.

Os objetivos terapêuticos seriam buscar novas formas de interação entre o indivíduo e seu meio, minimizando estimulações aversivas presentes nessas relações e aumentando estimulações apetitivas – diminuindo, assim, o sofrimento do indivíduo de forma direta ou indireta (quando diminui a estimulação aversiva que seu comportamento produz aos outros e estes, por consequência, diminuem as punições direcionadas aos seus comportamentos).

REFERÊNCIAS

Abramson, L. Y., & Seligman, M. E. P. (1977). Modeling psychopathology in the laboratory: History and rationale. In J. P. Maser, & M. E. P. Seligman (Orgs.), *Psychopathology: Experimental models* (pp. 01-26). San Francisco: Freeman.

Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In E. Z. Tourinho, & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-192). São Paulo: Roca.

Falk, J. L., & Kupfer, A. S. (1998). Adjunctive behavior: Application to the analysis and treatment of behavior problems. In W. O'Donohue (Org.), *Learning and behavior therapy* (pp. 334-351). Boston: Allyn & Bacon.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-70.

Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (1993). *Strategies and tactics of behavioral research* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro Pleno. (Trabalho original publicado em 1989)

Skinner, B. F. (1959). The operational analysis of psychological terms. In B. F. Skinner. *Cumulative Record* (pp. 272- 286). New York: Appleton-Century-Crofts.

Referência deste capítulo

Vilas Boas, D. L. O.; Banaco, R. A. & Borges, N. B. (2012) **Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental**. Em: Borges, B. N. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

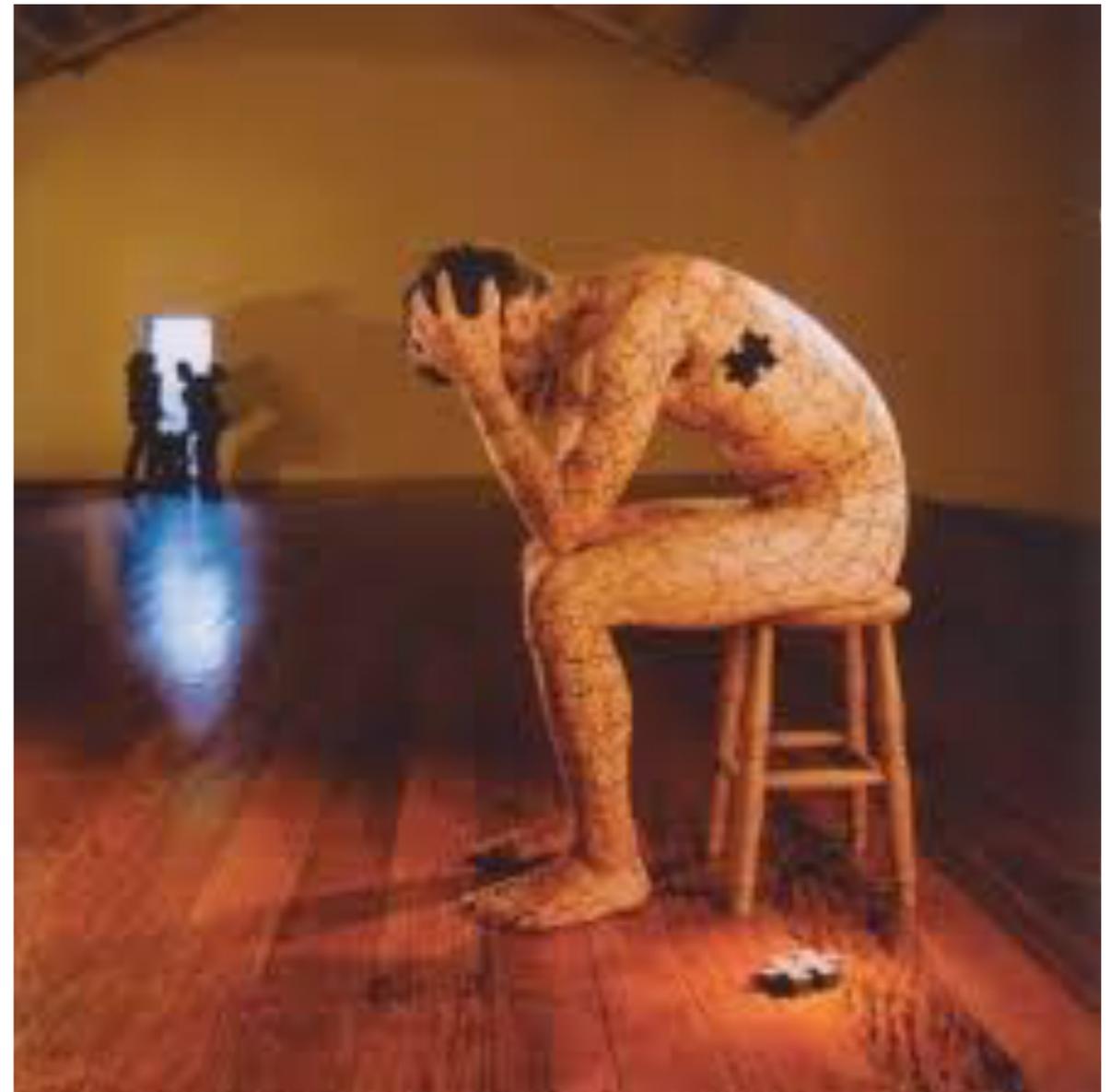
Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica

Jan Luiz Leonardi
Nicodemos Batista Borges
Fernando Albregard Cassas

Avaliação funcional é a identificação das relações de dependência entre as respostas de um organismo, o contexto em que ocorrem (condições antecedentes), seus efeitos no mundo (eventos consequentes) e as operações motivadoras em vigor. Ela é a ferramenta pela qual o clínico analítico-comportamental interpreta a dinâmica de funcionamento do cliente, a qual o levou a procurar por terapia, e que determina a intervenção apropriada para modificar as relações comportamentais envolvidas na queixa. Em poucas palavras, é a avaliação funcional que permite a compreensão do caso e que norteia a tomada de decisões clínicas.

Uma avaliação funcional tem quatro objetivos, a saber:

1. identificar o comportamento-alvo e as condições ambientais que o mantém;
2. determinar a intervenção apropriada;
3. monitorar o progresso da intervenção;
4. auxiliar na medida do grau de eficácia e efetividade da intervenção (Follette, Naugle e Linnerooth, 1999).



ETAPAS DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional de determinado comportamento pode ser dividida em cinco etapas (Follette, Naugle e Linnerooth, 1999):

1. Identificação das características do cliente em uma hierarquia de importância clínica: levantamento das informações gerais da vida do cliente, tanto presentes quanto passadas, o que inclui a queixa clínica e os possíveis eventos relacionados a ela.
2. Organização dessas características em princípios comportamentais: organização das informações coletadas na primeira etapa, a partir das leis do comportamento (apresentadas na primeira parte deste livro), em que são identificadas as contingências operantes e respondentes em vigor.
3. Planejamento da intervenção: planejamento de uma ou mais intervenções com o objetivo de modificar as relações comportamentais identificadas na etapa anterior.
4. Implementação da intervenção: atuação clínica com o objetivo de modificar as relações comportamentais responsáveis pela queixa do cliente, que pode envolver os mais variados processos (reforçamento diferencial, modelação, instrução, etc.).
5. Avaliação dos resultados: análise dos resultados que as intervenções produziram, o que inclui

investigar se as novas relações comportamentais se manterão no ambiente cotidiano do cliente. Se os resultados não forem satisfatórios, a avaliação funcional deve ser reiniciada.

É importante observar que as etapas apresentadas acima são divisões didáticas que visam auxiliar o clínico a organizar seu trabalho. Na prática, essas etapas ocorrem concomitantemente ao longo de todo o processo de análise, sobretudo porque o comportamento é plástico e multi-determinado. Além disso, vale apontar também que alguma intervenção pode ocorrer nas etapas iniciais, pois, muitas vezes, não é possível interagir com o cliente sem que isso produza certa mudança. Por exemplo, algumas perguntas que o clínico faz com o intuito de levantar informações podem, por si só, levar ao aprimoramento do repertório de auto-conhecimento do cliente.

ELEMENTOS DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Como foi apontado anteriormente, a avaliação funcional é o processo pelo qual o clínico identifica as contingências relacionadas à queixa do cliente, sendo que o objetivo final de toda avaliação funcional é promover o planejamento de uma

intervenção que produza a mudança comportamental desejada.

O primeiro elemento a ser identificado em uma avaliação funcional diz respeito às respostas envolvidas na queixa do cliente. Nesse momento, o clínico ainda não está buscando pelos determinantes do comportamento-alvo, mas apenas descrevendo o que ocorre e como ocorre. Em geral, os problemas relativos a essa parte da contingência são excessos comportamentais (lavar as mãos compulsivamente, por exemplo), déficits comportamentais (falta de habilidades sociais, por exemplo) e comportamentos interferentes (dificuldade em iniciar uma interação social devido à maneira de se vestir, por exemplo).

Em seguida, com base nos vários eventos relatados pelo cliente ou observados na interação terapêutica, o clínico deve levantar hipóteses sobre quais processos comportamentais estão envolvidos nas respostas-alvo que compõem a queixa, que podem ser referentes a condições consequentes (reforçamento, punição, extinção, etc.) e antecedentes (discriminação, operação motivadora, equivalência de estímulos, etc.). Para isso, o profissional precisa identificar regularidades entre as diversas experiências narradas pelo

cliente ou vivenciadas na interação terapêutica, sendo que, quando possível, essas relações identificadas devem ser testadas, confirmando ou não suas existências. Algumas perguntas favorecem o levantamento de informações sobre as consequências produzidas por determinada resposta, tais como “O que acontece quando você faz isso?”; “Se você não o fizesse, o que aconteceria?”; “Como você se sente depois que age desta maneira?”. Outras perguntas contribuem para a coleta de dados sobre os antecedentes, tais como “Quando você se comporta assim?”; “O que você acha que te leva a agir (ou pensar) assim?”; “Como você estava se sentindo antes de fazer isso?”.

Outros recursos podem ser utilizados além de fazer perguntas, como a observação direta da interação terapêutica e a regularidade (ou sua ausência) no discurso do cliente. Cabe ao clínico usar diferentes estratégias para levantar as informações necessárias para a formulação da avaliação funcional.

É essencial destacar que todo o clínico deve ser versado nos aspectos filosóficos, teóricos e empíricos da análise do comportamento. É esse conhecimento que orienta o terapeuta

a formular perguntas, criar hipóteses e elaborar uma intervenção bem-sucedida.

ELEMENTOS “SUPLEMENTARES” PARA PLANEJAR A INTERVENÇÃO

Em geral, a ênfase da avaliação funcional recai sobre o efeito específico e momentâneo de variáveis ambientais sobre determinada classe de respostas – o que é designado pela literatura de análise molecular (Andery, 2010). Todavia, o clínico deve ampliar a avaliação funcional englobando outros aspectos que favorecem o planejamento da intervenção, como o histórico de desenvolvimento do problema, a história de vida do cliente não diretamente relacionada à queixa e a análise molar do funcionamento do cliente.

Histórico de desenvolvimento do comportamento- -alvo: consiste no levantamento de informações sobre o desenvolvimento do problema, o que permite ao clínico entender a constituição da queixa e verificar as possíveis estratégias que já foram utilizadas e seus respectivos resultados.

História de vida do cliente não diretamente relacionada à queixa: trata-se da coleta de dados (mesmo que breve) acerca da história de vida do cliente, o que inclui seu desenvolvimento infantil, adolescência, relações familiares, relações sociais e culturais, estudo, trabalho, hobbies, etc. A identificação dos recursos existentes na vida do cliente pode ser útil para o planejamento da intervenção.

Análise molar do funcionamento do cliente: consiste na avaliação dos impactos que o problema clínico está causando no funcionamento global do cliente. Para o clínico abranger essa amplitude de análise, ele não deve se limitar às questões tradicionais como “Quais são as respostas que fazem parte da classe?”, “Em que contexto elas acontecem?”, “Quais são suas consequências?”, “Com que frequência ocorrem?”, etc. Apesar da enorme importância de tais questões, é fundamental incluir perguntas como “De que forma as pessoas reagem aos

O profissional precisa identificar regularidades entre as diversas experiências narradas pelo cliente ou vivenciadas na interação terapêutica.

O clínico deve ampliar a avaliação funcional englobando outros aspectos que favorecem o planejamento da intervenção, como o histórico de desenvolvimento do

problema, a história de vida do cliente não diretamente relacionada à queixa e a análise molar do funcionamento do cliente. comportamentos do cliente, atualmente?"; "O que aconteceria se estes comportamentos mudassem?"; "O ambiente cotidiano do cliente pode prover consequências reforçadoras para seu novo responder?", etc. (Borges, 2009). Todo indivíduo possui um repertório comportamental vasto em que a alteração de uma única classe de respostas pode afetar todo o sistema em diferentes graus, sendo o papel do clínico analisar os efeitos de cada mudança a curto, médio e longo prazos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O clínico analítico-comportamental analisa os comportamentos funcionalmente, ou seja, examina como as relações entre o cliente e seu ambiente se constituíram e se mantêm. Desse modo, o clínico compreende os comportamentos-alvo sem emitir julgamentos de valor e sem recorrer a explicações metafísicas, pois entende que aqueles comportamentos foram selecionados na história de vida do cliente.

O planejamento e implantação da intervenção são passos que sucedem à avaliação funcional inicial. Não é aconselhável fazer qualquer intervenção sem que a primeira etapa seja elaborada, sob pena de fracasso do processo terapêutico. A intervenção só deve ocorrer quando se conhecer sobre qual(is) pedaço(s) da contingência será necessário intervir – operação motivadora, estímulo discriminativo, classe de respostas, reforçador, etc. –, ou seja, quando o clínico souber qual é o “problema” que ocorre.

Este capítulo teve como objetivo explicitar as etapas do processo clínico, a importância de conduzir a avaliação funcional ao longo de todo este processo e apresentar os elementos que a compõem. Nos demais capítulos desta seção do livro, o leitor poderá encontrar vários outros aspectos que merecem a atenção do clínico analítico-comportamental.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (4. ed., texto revisado). Porto Alegre: Artmed.

Andery, M. A. P. A. (2010). Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicologia USP*, 21(2), 3133-42.

Borges, N. B. (2009). Terapia analítico-comportamental: Da teoria à prática clínica. In R. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (vol. 24, pp. 231-239). Santo André: ESETec.

Carr, E. G., Langdon, N. A., & Yarbrough, S. C. (1999). Hypothesis-based intervention for severe problem behavior. In A. C. Repp, & R. H. Horner (Orgs.), *Functional analysis of problem behavior: From effective assessment to effective support* (pp. 9-31). Belmont: Wadsworth.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 14(2), 139-147.

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Linnerooth, P. J. (1999). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In M. J. Dougher (Org.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99-125). Reno: Context Press.

Leonardi, J. L., Rubano, D. R., & Assis, F. R. P. (2010). Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 111-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151-65.

Sidman, M. (1960). Normal sources of pathological behavior. *Science*, 132, 61-68.

Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press. (Trabalho original publicado em 1953)

Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage Books. (Trabalho original publicado em 1974)

Clínica analítico-comportamental 109 Skinner, B. F. (1977). Why I am not a cognitive psychologist. *Behaviorism*, 5(2), 1 - 10 .

Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M., & Doran, E. (2007). Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. In P. Sturmey (Org.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 1-21). Burlington: Academic Press.

Ulian, A. L. A. O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico comportamental: Subsídios para a formação*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Referência deste capítulo

Leonardi, J. L.; Borges, N. B. & Cassas, F. A (2012) **Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica**. Em: Borges, B. N. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico- comportamental

Jocelaine Martins da Silveira

O objetivo deste capítulo é apresentar medidas e procedimentos adotados pelo clínico analítico-comportamental nos encontros iniciais do tratamento. E, sempre que possível, oferecer interpretações analítico-comportamentais sobre os eventos mais frequentes na relação terapeuta-cliente nesta fase da terapia.

Embora as sessões iniciais pareçam menos complexas que as mais avançadas na sequência do tratamento, elas acabam sendo desafiadoras para os profissionais, mesmo para os mais experientes. Isto acontece, entre outras razões, porque os clínicos ainda não dispõem de informações suficientes para prever o comportamento de seus clientes.



Além do mais, há boas razões, indicadas pela literatura sobre psicoterapia, para dedicar atenção especial aos primeiros encontros. Quando se trata de interação terapeuta-cliente, os resultados dos estudos fazem respeitar o ditado popular segundo o qual a primeira impressão é a que fica. Há evidências de que eventos que ocorrem na fase inicial de uma psicoterapia podem predizer sua duração e o resultado do tratamento (Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser e Howard, 1976). Segundo os autores, depois de três sessões, a viabilidade da relação terapêutica está bastante evidente nas dimensões avaliadas no estudo. Certas dimensões aumentavam de frequência na quarta sessão e voltavam a diminuir na quinta, o que levou Saltzman e colaboradores (1976) a interpretar esses dados sugerindo que não basta saber o que o cliente experimenta ao longo da terapia, mas quando ele o faz.

As seções deste capítulo tratam de aspectos que contribuem para o bom andamento dos encontros iniciais, incluindo a promoção do vínculo terapêutico, a clareza do contrato, os cuidados éticos, a motivação para a adesão ao tratamento, o fornecimento de informações e o acolhimento, que produz conforto e esperança em quem procurou o serviço psicológico.

O CONTRATO

Os tratamentos clínicos, sejam na forma de uma psicoterapia ou de programas de aconselhamento e treinamento de habilidades,

traduzem-se em compromissos e tarefas assumidas, tanto pelo clínico quanto pelo cliente.

Diversos eventos do contexto terapêutico podem ser utilmente interpretados em termos de regras e autorregras (Meyer, 2005). De um ponto de vista analítico-comportamental, o contrato se aproxima de uma regra estabelecida e mantida pelo terapeuta e seu cliente, e a aquiescência ou não a ela pode indicar instâncias clinicamente relevantes do comportamento do cliente. Por exemplo: descumprir o pagamento de honorários, hesitar quanto às garantias do sigilo, atrasar-se, adiantar-se ou faltar às sessões, etc.

Ao trabalhar com clientes, cujo foco terapêutico é precisamente modelar o ajustamento a normas sociais, regras interpessoais e respeito ao outro, como com um grupo de adolescentes com problemas de delinquência ou um grupo de crianças com comportamento opositor, os combinados podem ser escritos em um quadro, que permanece visível durante todos os encontros. O descumprimento de algum combinado ou o acréscimo de regras novas permite que, durante a sessão, clínicos e clientes se voltem para o quadro, lendo, discutindo e escrevendo regras novas. Os clientes podem verificar no aqui/agora da sessão as consequências para si e para os outros do seguimento ou do descumprimento de regras; podem também experimentar situações nas quais regras precisam ser instituídas, para o bem-estar do grupo.

Tsai, Kohlenberg, Kanter e Waltz (2009) afirmam que aspectos muito relevantes do comportamento do cliente podem ser notados em situações rotineiras da terapia. Segundo os autores, situações tais

como a estrutura do tempo da sessão e os honorários frequentemente evocam comportamentos clinicamente relevantes.

Faz parte da conduta do clínico avaliar também, e isso pode ser feito com a ajuda de um supervisor, as instâncias de seu próprio comportamento em relação aos mesmos eventos. Por exemplo: se um cliente costuma se atrasar, é extremamente recomendável que o clínico avalie como está consequenciando os atrasos recorrentes (Tsai, Callaghan, Kohlenberg, Follette, Darrow, 2009; Wielenska, 2009).

No momento do contrato, o profissional garante o sigilo, combina os honorários e o modo de acertá-los, assim como sobre procedimentos quanto às faltas e reposições, além de estabelecer a periodicidade e a duração das sessões. Há ainda a necessidade de identificar a condição civil do cliente. Isto é, se o cliente for criança, adolescente ou interdito, o contrato requererá a autorização de um responsável.

No Brasil, o Código de Ética, criado pela Resolução do CFP no 010/05, fundamenta as questões éticas e formais do contrato do clínico com o seu cliente. O contrato, segundo o documento, estabelece de comum acordo entre o psicólogo e o cliente o objetivo, o tipo de trabalho a ser realizado e as condições de realização deste, além do acordo quanto aos honorários.

Na perspectiva analítico-comportamental, o estabelecimento do contrato é funcionalmente semelhante a contingências da vida do cliente que modelaram seu comportamento de se comprometer com

objetivos finais. É esperado que clientes cujo problema clínico se relaciona com falta de objetividade no trabalho ou descomprometimento nos relacionamentos afetivos exiba o mesmo padrão de comportamento diante da proposta do contrato terapêutico. Um cliente cuja história de vida o tenha ensinado a se esquivar de compromissos, poderá ser evasivo quando indagado pelo clínico sobre o que ele quer da terapia e como vê sua parte de contribuição nesse processo. Há clientes que transferem para o clínico toda a responsabilidade do tratamento que se inicia; há os que depositam no clínico a expectativa de poder sobre o sucesso do tratamento, ou ainda os que tomam para si todas as tarefas, como se não pudessem contar com o terapeuta. Enfim, é importante observar o padrão comportamental apresentado pelo cliente em relação ao contrato porque seu comportamento é produto das contingências passadas. Eventualmente, tem valor terapêutico retomar o contrato, por exemplo, com um cliente pouco comprometido, estabelecendo contingências para que ele expresse claramente sua posição em relação ao compromisso com suas tarefas na terapia e se engaje no processo terapêutico. Ou, em outro exemplo, pedir para que o cliente relaxe e tente dividir com o clínico a responsabilidade pelo tratamento. Ou, ainda, que procure pensar no processo terapêutico como algo sobre o qual ambos, terapeuta e cliente, têm poder, em vez de creditar seu domínio exclusivamente ao clínico.

Algumas vezes, o cliente procura o psicólogo por indicação de alguém conhecido de ambos – cliente e terapeuta. De modo especial nesse caso, é prudente deixar claro o respeito ao sigilo e até mesmo, se for necessário, estabelecer combinados de procedimentos de

proteção fora do contexto da sessão. Por exemplo, o clínico pode propor “Vamos adotar uma atitude discreta se nos virmos no clube: vou acenar discretamente com a cabeça”. Ao assegurar e demonstrar o sigilo, o clínico estabelece contingências que, para alguns clientes, podem ser inéditas. Um pouco de tempo é necessário até que clientes com histórias de punição do repertório de confiança comecem a relatar experiências adversas, como, por exemplo, as de abuso físico, psicológico e sexual. Clientes assim vão se expondo gradualmente à condição do sigilo e aprendem a sentir confiança no profissional, o que é, em si mesmo, um ganho terapêutico.

No momento do contrato, o profissional garante o sigilo, combina os honorários e o modo de acertá-los, combina também sobre procedimentos quanto às faltas e reposições, além de estabelecer a periodicidade e a duração das sessões. Há ainda a necessidade de identificar a condição civil do cliente. Isto é, se o cliente for criança, adolescente ou interdito, o contrato requererá a autorização de um responsável.

Algumas vezes, o cliente procura o psicólogo por indicação de alguém conhecido de ambos. De modo especial nesse caso, é prudente deixar claro o respeito ao sigilo e até mesmo, se for necessário, estabelecer combinados de procedimentos de proteção fora do contexto da sessão.

Um pouco de tempo é necessário até que clientes com histórias de punição do repertório de confiança comecem a relatar experiências adversas.

O sigilo é o elemento do contrato mais estreitamente ligado ao estabelecimento do assim chamado vínculo terapêutico. O combinado do sigilo estabelece contingência para a intimidade. Segundo Cordova e Scott (2001), a intimidade, em uma visão analítico-comportamental, traduz-se pelo comportamento interpessoal vulnerável à punição. Trata-se do responder a uma pessoa, em condições funcionalmente semelhantes às que no passado foram punidoras. É como se o responder íntimo fosse um tipo de variação, já que a tendência é repetir respostas de fuga/esquiva, em vez de emitir uma resposta “punível”. Quando o outro não pune, mas reforça o comportamento de arriscar, diz-se que há intimidade. Se alguém já está abotoando o sutiã da sogra, como descreve a expressão popular que indica intimidade, é porque está fazendo algo muito arriscado, emitindo uma resposta “punível”.

Quando o cliente é criança, adolescente ou interdito, o clínico precisa, antes de conduzir o tratamento, obter a autorização de um responsável. “Interdito”, juridicamente, significa incapacidade civil. Assim, o interdito não pode reger-se e nem a seus bens, sendo representado normalmente por um parente designado por juízo. Algumas pessoas diagnosticadas com transtorno psiquiátrico de certa severidade encontram-se nessa condição. Quando é esse o caso, o clínico deve zelar para que o responsável autorize o tratamento.

Quanto aos combinados sobre a periodicidade e duração das sessões, o profissional os faz com bastante liberdade, sendo um tanto quanto flexível. Normalmente, se um casal ou pais e filhos devem comparecer juntos às sessões, os encontros terão uma duração maior do que os usuais 50 minutos. Além disso, é muito comum que nas

primeiras sessões o cliente esteja enfrentando uma crise. Assim, ao avaliar os riscos e as necessidades do caso, o clínico poderá propor duas ou mais sessões semanais ou providenciar o serviço de acompanhamento terapêutico (veja capítulo 30). Há ainda a possibilidade de realização de atendimento domiciliar. A recomendação dos conselhos de psicologia é que o formato seja este quando a pessoa

a ser atendida estiver sem condição de se locomover, devendo expressar a vontade de receber o atendimento domiciliar. Os conselhos reconhecem a legitimidade deste tipo de atendimento em situações específicas de algum tratamento clínico, em casos de designação judicial do psicólogo ou quando este atua em programas de saúde da família.

Em quaisquer dos casos, é importante expressar claramente a frequência, a duração e as condições em que as sessões serão realizadas. Quanto ao pagamento, os conselhos dispõem de uma tabela referencial de honorários, a qual sugere valores, não estando o psicólogo obrigado a adotá-los. Muitos profissionais apoiam-se nessa tabela para estabelecer o contrato de honorários com o cliente.

Em suma, o contrato e os elementos que ele especifica, tais como o sigilo, são interpretados como possíveis contingências e, desse modo, presume-se que influenciam o comportamento do cliente desde os contatos iniciais. Sabendo disso, desde bem cedo, no curso do tratamento, o clínico providencia arranjos para que o comportamento do cliente se altere em uma direção terapêutica.

É comum que as sessões ocorram no mínimo uma vez por semana, sendo ampliado quando se tratar de casos que precisam de maiores cuidados.

Em alguns casos um acompanhamento maior é exigido, assim, o terapeuta poderá fazer uso do serviço de acompanhamento terapêutico.

Os conselhos dispõem de uma Tabela Referencial de Honorários, a qual sugere valores, não estando o psicólogo obrigado a adotá-los.

A APRESENTAÇÃO DO CLÍNICO

Embora normalmente os relatos anedóticos sejam unidirecionais, permanecendo focados no comportamento e apresentação pessoal do cliente, o primeiro contato terapeuta-cliente tem um impacto importante para ambos. O efeito do contato inicial sobre o clínico também deve ser levado em conta. Os sentimentos e impressões do terapeuta em relação ao cliente tanto podem fundamentar a formulação de hipóteses importantes para a avaliação do caso clínico quanto podem instigar questões para seu próprio desenvolvimento pessoal (Banaco, 1993; Braga e Vandenberg, 2006).

Em geral, no momento da apresentação do clínico, o profissional se mostra disponível para responder às dúvidas do cliente quanto a sua formação, sua orientação teórica e até mesmo sobre características pessoais, tais como se tem filhos, se é casado, entre outras.

A primeira sessão é especial no sentido de que o clínico precisa consequenciar adequadamente respostas do cliente que o surpreendem. Uma situação desse tipo foi vivida pela autora na sessão inicial com uma mulher muito bonita. Ela disse, logo nos instantes iniciais: “Estou me submetendo à quimioterapia por causa de um tumor na mama. O tratamento é muito desagradável, a boca fica seca e perdi todo o meu cabelo. Veja aqui!”. O tempo para ela levar a mão na cabeça e mostrar como havia ficado parecia imensamente mais rápido do que aquele que a terapeuta precisava para ensaiar uma expressão tranquila.

Há várias outras revelações que os clientes preferem fazer logo nos instantes iniciais para que a queixa possa ser entendida pelo clínico: “Bem, primeiro você precisa saber que eu sou soropositivo por contaminação vertical”; “Tentei suicídio há poucos dias, por isso minha família me trouxe aqui”; “Apaixonei-me por um colega do trabalho e meu marido não sabe”; “Descobri que o meu atual companheiro está se aproximando indevidamente de minha filha”. Enfim, algumas condições ou eventos ocorridos recentemente na vida do cliente se relacionam com a queixa que ele vai apresentar e, por isso, eles nos revelam nos instantes iniciais da sessão. O clínico pode procurar supervisão para conduzir as demais sessões iniciais ou até mesmo encaminhar o caso a outro colega que julgue mais apto para lidar com aquelas questões, se considerar que as revelações do cliente lhe são impactantes.

As curiosidades do cliente sobre a vida pessoal do clínico também podem tomar o profissional de surpresa. Frequentemente, o

cliente supõe que a experiência pessoal do clínico favorece a compreensão do quanto está sofrendo. Às vezes, o cliente faz as perguntas para o clínico ou procura descobrir o que quer, explorando indiretamente o assunto. São comuns perguntas do tipo: “Você tem filhos? De que idade?”; “Você é casada?”; “Você é separada?”; “Você é católica?”; “Você conhece aquele bar GLS?”; “Você tem namorado?”; “Você é curitibana?”; “Você é behaviorista?”.

Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009) descrevem uma interação típica de uma sessão inicial, a qual ocorreu entre a primeira autora, M. Tsai, e uma cliente de 34 anos com queixa de depressão e hábito de fumar. A profissional respondeu às perguntas da cliente a respeito de sua pessoa. O objetivo, nesse caso, era fomentar, desde este momento inicial, interações genuínas e íntimas.

Terapeuta: “Eu quero responder qualquer pergunta que você tenha a meu respeito. Você não sabe muito a meu respeito”.

Cliente: “Eu vejo que você também está afiliada à Universidade de Washington, além de estar na clínica particular. O que você faz lá?”.

Terapeuta: “Eu sou supervisora de clínica. Supervisiono estudantes de graduação, dou aulas lá sobre a Psicoterapia Analítico-Funcional – FAP e também estou envolvida com programa de pesquisa”.

Cliente: “Ah. Legal”.

Terapeuta: “Mais alguma pergunta sobre minha formação e experiência?” (p. 151).

Então, M. Tsai relata um pouco mais sobre sua experiência profissional e, depois, faz perguntas sobre a cliente. Não há uma regra sobre o modo ou o quanto um clínico deve expor a seu próprio respeito para o cliente. O que fundamenta sua conduta quanto a esse aspecto é o objetivo que ele tem em cada interação.

Estudos sugerem que o modo como o cliente percebe o profissional é preditor de sua adesão ao tratamento, ou seja, apresenta correlação com o cumprimento das tarefas da terapia (Sheel, Seaman, Roach, Mulline Mahoney, apud Silveira, Silvaes e Marton, 2005). Esses dados fazem supor que o clínico precisa estar atento ao tipo de impressão que causa no cliente desde o primeiro encontro. Os cuidados quanto à apresentação pessoal do clínico, sua postura, seus gestos e o modo como interage com o cliente devem expressar segurança, disponibilidade afetiva, cordialidade, atenção e competência.

Assim como no contrato, durante as interações de apresentação do clínico, interpretações sobre o comportamento do cliente e de contingências que o mantêm podem ser feitas. Por exemplo, um cliente pouco afetivo, que se esquia de relacionamentos íntimos e que faz isso adotando uma postura objetiva e resolutiva, pergunta ao profissional: “Você é comportamental, não é? Eu procurei essa abordagem que não fica perdendo tempo com bobagens. Sei que você vai resolver meu problema”. O clínico utiliza as interações de sua apresentação ao cliente como base para interpretações do problema

clínico e para o estabelecimento de contingências para novos repertórios que se aproximam das metas terapêuticas.

A ESTRUTURA DOS ENCONTROS INICIAIS

Adotou-se neste capítulo a expressão “encontros iniciais” para designar um primeiro conjunto de sessões que se diferencia das seguintes por enfatizarem a apresentação entre o profissional e o cliente, o estabelecimento do contrato terapêutico e a coleta de dados –que resultará na formulação do caso clínico.

Nas clínicas-escola, o clínico, em geral, já dispõe do relatório de uma triagem realizada com o cliente, antes do início da terapia, o qual oferece elementos para se preparar para interações iniciais. Nas clínicas particulares, o cliente faz um contato telefônico para o agendamento da sessão informando, na secretaria, se é autoencaminhado, indicado por alguém conhecido ou ainda encaminhado por outros profissionais.

Muitas vezes, o contato telefônico é feito diretamente para o profissional. Segundo Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009), até mesmo ainda durante o contato telefônico com o cliente potencial o clínico pode iniciar o estabelecimento de um relacionamento intenso, aproveitando que, muitas vezes, por meio do contato telefônico, o cliente informa a razão por que está procurando terapia.

Para o atendimento infantil, as clínicas de treinamento costumam solicitar aos pais que compareçam sem a criança à primeira entrevista, para, então, agendar a sessão com a criança, que será um tanto quanto planejada e estruturada (Silveira e Silvaes, 2003). Silveira e Silvaes (2003) apresentam uma lista de atividades lúdicas e seus possíveis empregos nas sessões de entrevista clínica inicial com crianças. Além disso, nesse próprio livro é possível encontrar uma seção inteira dedicada ao trabalho com crianças (vide Seção I da Parte III).

Os objetivos indispensáveis no primeiro encontro com o cliente, após o contato telefônico, são: acolher, promover confiança na pessoa do terapeuta, instilar esperança quanto a possibilidades de mudanças e obter informações relevantes sobre o grau de sofrimento e sobre expectativas quanto ao tratamento que se inicia. Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009) recomendam, entre as tarefas da primeira sessão, o estabelecimento de um ambiente confiável, seguro e que instile esperança.

É também o momento de identificar riscos para o cliente ou para pessoas próximas dele. Por exemplo, quando há ideação suicida, é importante saber se o cliente mora com alguém ou se tem rede de apoio social, e contatá-la, se necessário. Ou, em outro caso, supondo que uma mãe relate se sentir deprimida a ponto de negligenciar os cuidados de seus filhos, os riscos para as crianças precisam ser considerados e minimizados rapidamente.

Este primeiro contato constitui o início da chamada Entrevista Clínica Inicial (ECI, Gongora, 1995) e não tem a pretensão de

esgotá-la. Gongora (1995) e Silvaes e Gongora (1998) apresentam um checklist para desempenho do clínico ao conduzir a ECI. A ECI foca a queixa e dados a ela relacionados e identifica expectativas do cliente sobre o tratamento. As perguntas abertas do começo da ECI permitem algo que se aproxima de um operante livre. Ao deixar que o cliente fique à vontade para falar no começo da entrevista, o clínico terá uma amostra de comportamentos. Assim, pode observar o que o cliente verbaliza e faz, isto é, observa o conteúdo e a função das suas verbalizações. A ECI termina com a decisão acerca da indicação ou não do caso para algum tratamento psicológico.

O envolvimento de outra pessoa na entrevista é uma decisão a ser tomada nos contatos iniciais. Por exemplo, a avó, que passa boa parte do tempo cuidando da criança que foi levada à terapia, poderá ser convidada para uma sessão e contribuir, fornecendo informações sobre a rotina e especificidades do comportamento do neto em casa.

O passo seguinte é identificar relações comportamentais mais estreitamente ligadas ao sofrimento do cliente, aumentando a compreensão dos eventos já identificados na ECI. Nessa fase, o cliente vai descrevendo os eventos que o fazem sofrer, sua história de vida, suas relações na família original e atual e possíveis repetições do “problema” com pessoas e ambientes distintos, o que resulta em um autoconhecimento essencial para as fases seguintes do tratamento. Neste ponto, as informações e interações com o cliente diferenciam a queixa clínica e o problema clínico. Por exemplo, a

queixa do cliente é “solidão”, mas o problema de interesse clínico é o que o cliente faz que mantém um contexto que o faz sentir solidão.

Conforme Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2009), nas sessões iniciais, o clínico tem o objetivo de se estabelecer como um potencial reforçador positivo, para fundamentar um relacionamento autêntico que influenciará a mudança clínica.

O cliente costuma falar sobre muitos assuntos durante os primeiros encontros e o tempo da sessão, em geral, parece pouco. O clínico pode aproveitar essa motivação para falar, recomendando tarefas para casa, tais como escrever uma autobiografia, preencher inventários (que permitam esse tipo de aplicação), responder a questionários, selecionar fotos de situações ou pessoas relacionadas ao tema que foi tratado, etc. As peculiaridades do cliente podem ser exploradas para ajudar na avaliação e gerar autoconhecimento. Por exemplo: um cliente que é escritor poderá ser convidado a trazer seus contos na sessão seguinte. O clínico pode pedir que os pais tragam o boletim da criança, ou algum caderno, para completar a compreensão acerca do desempenho acadêmico, enfim, diversos recursos externos à sessão podem ajudar o clínico a compreender seu cliente e a agilizar a coleta de dados. A resolução CFP No 001/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.

O evento do contexto terapêutico que indica a conclusão das sessões iniciais é o acordo entre terapeuta e cliente, tácito ou ostensivo, quanto ao problema clínico e o reconhecimento da

importância de um posicionamento ou plano de ação ante as dificuldades apresentadas. Nesse momento, o clínico dispõe de informações sobre os principais eventos componentes de uma interpretação analítico-comportamental do caso.

Concluindo, em um processo clínico analítico-comportamental, terapeutas e clientes se transformam mutuamente durante as interações no contexto terapêutico, mesmo naquelas que parecem preliminares. Ao apresentar-se para o cliente e estabelecer o contrato do tratamento, o clínico observa e interpreta os comportamentos do cliente, se possível promovendo, desde então, mudanças terapêuticas. Quanto à estrutura das sessões iniciais, elas progridem da apresentação entre terapeuta e cliente até uma compreensão do problema clínico, possibilitando o planejamento de intervenções futuras.

REFERÊNCIAS

Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2(1), 71-79.

Braga, G. L. B., & Vandenberghe, L. M. A. (2006) Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, 23, 307-314.

Brasil (2005). Resolução no 10, de 27 de agosto de 2005, aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Acessado em 24 out, 2009, em <http://www.crpasp.org.br/portal/orientacao/codigo.aspx>

Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.

Gongora, M. A. N. (1995). A entrevista clínica inicial: Análise de um programa de ensino. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

Meyer, S. B. (2005). Regras e autorregras no laboratório e na clínica. In J. Abreu-Rodrigues, & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre: Artmed.

Saltzman, C., Luetgert, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44, 546-55.

Silvares, E. F. M., & Gongora, M. N. A. (1998). *Psicologia clínica comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças* (vol. 1). São Paulo: Edicon.

Silveira, J. M., & Silvares, E. F. de M. (2003). *Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: Um programa de treino de terapeutas*

comportamentais infantis. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva, et al. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (vol. 11, pp. 272-281). Santo André: ESETec.

Silveira, J. M., Silvares, E. F. de M., & Marton, S. A. (2005). A entrevista clínica inicial na percepção de terapeutas iniciantes e pais: Aliança terapêutica na entrevista clínica inicial. *Encontro*, 9(11), 12-19.

Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2009). Supervision and therapist self-development. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 167-198). New York: Springer.

Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. W., & Kohlenberg, R. J. (2009). The course of therapy: Beginning, middle and end phases of FAP. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 145-166). New York: Springer.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: Five rules. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.), *A Guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.

Wielenska, R. C. (2009). Jovens terapeutas comportamentais de qualquer idade: Estratégias para ampliação de repertórios insuficientes. In R. C. Wielenska (Org.), Sobre o comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos (pp. 286-296). São Paulo: ESETec.

Referência deste capítulo

Silveira, J. M. (2012) **A apresentação do clínico, o contrato e a estrutura dos encontros iniciais na clínica analítico-comportamental.** Em: Borges, B. N. Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed

A que eventos o clínico analítico-comportamental deve estar atento nos encontros iniciais?

Alda Marmo

O título deste capítulo indica que, no início do processo terapêutico, há elementos resultantes da interação entre o clínico e o cliente que merecem um olhar mais atento por parte dos clínicos.

Levantar alguns dos eventos que ocorrem no início do processo terapêutico é, a meu ver, uma reflexão sobre a prática terapêutica, exercício imprescindível para o desenvolvimento de um profissional da área.



Apesar dos esforços dos mais experientes em planejar métodos e produzir conhecimento acerca da prática clínica, sabemos que, para tornar-se clínico, é preciso clinicar, é preciso estar em contato, atento e aberto para as possibilidades que a vida oferece ao “ser humano”.

Quero dizer aqui que para se tornar um psicólogo clínico é necessário desenvolver um repertório especial e específico. Esta formação ultrapassa todos os muros da graduação, das especializações e das pós-graduações – e tudo isso se converte em um grande desafio pessoal. Na verdade, somente aqueles que se aventuram nesta experiência poderão ter uma real compreensão a respeito do que se trata um processo terapêutico. Não basta dizer como se faz; é preciso fazê-lo. Ler com maestria as obras dos grandes especialistas não é atributo suficiente nem oferece recursos necessários aos sutis detalhes que o relacionamento com o cliente requer, pois é o como nos desempenhamos ao aplicarmos a teoria que fará toda a diferença.

Para se tornar um psicólogo clínico é necessário desenvolver um repertório especial e específico. Esta formação ultrapassa todos os muros da graduação, das especializações e das pós-graduações – e tudo isso se converte em um grande desafio pessoal.

Para que possamos desempenhar bem nosso trabalho é preciso estarmos preparados e dispostos para permanecermos em constante formação pessoal e conceitual, principalmente no que diz respeito à clínica analítico-comportamental, cujos alicerces estão fincados na

produção de novos conhecimentos, ora na pesquisa básica, ora na pesquisa aplicada.

Essas constatações só poderiam ter se dado com o passar do tempo, espaço que abriga a minha experiência – e aqui não falo somente dos anos passados, mas principalmente de como foram passados. Atualmente, tenho a rica oportunidade de estar, diariamente, ao lado de colegas, discutindo, estudando, ouvindo e aprendendo – fazendo trocas constantemente –, cada um com a experiência do outro. Além disso, a experiência como supervisora, supervisionanda e leitora assídua dos mais variados tipos de literatura também faz parte e contribui decisivamente para meu desenvolvimento como clínica analítico-comportamental. Hoje, reconheço que até dez anos atrás eu não sabia quase nada e que daqui a dez anos saberei muito mais do que hoje! Dentro desse contexto, convido-o a se debruçar nas ideias que serão colocadas aqui, e desde já adianto que não há padrões ou normas rígidas de procedimento, talvez apenas uma ou outra regra que contribua para o bom andamento do processo. No mais, é necessário um pouco de afinação com os sentidos para que, a partir desta leitura, seja-lhe possível refletir sobre seu desempenho como clínico e, assim, produzir alternativas para lidar com as dificuldades encontradas no seu consultório – que lhe adianto, existirão.

O INÍCIO DO PROCESSO CLÍNICO

O início de um processo clínico é um momento *sui generis*, em que duas pessoas que não se conhecem se encontram e uma delas deve se expor para a outra, a fim de conseguir ajuda. É, a princípio, uma relação vertical, assimétrica, que implica uma relação de poder e, conseqüentemente, de controle por parte do clínico, já que, à medida que vamos construindo a “relação terapêutica”, vamos nos tornando fonte de reforçamento para o cliente.

A relação terapêutica não é uma relação comum, do tipo habitual entre as pessoas – uma vez que não se faz uma troca de experiências como se faz, por exemplo, com um amigo ou familiar. Na clínica, pressupõe-se que a intimidade do cliente seja revelada – o cliente se torna objeto de observação, avaliação e de possível “correção” – e, em um dado momento, o clínico sabe que o próprio cliente, pelo menos no que se refere à função de seus comportamentos. Só esse conjunto de variáveis já seria suficientemente forte para colocar qualquer relação em risco, mas não no caso do processo analítico.

Quase tudo o que diz respeito à análise pede sutileza em seu trato, pois carrega em si um tanto de complexidade, sobretudo porque há entre psicólogos uma tendência ao aprofundamento. Desta forma, segui o conselho de Guitton (2007), especialista nas maneiras de escrever e passar as ideias adiante, que diz: “Para se fazer compreender é preciso, pois, decompor, tanto quanto se possa dizer apenas uma coisa de cada vez”; assim, separei em dois momentos esta reflexão:

a) antes do início da análise;

b) o encontro entre clínico e cliente.

ANTES DO INÍCIO DA ANÁLISE

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(Fernando Pessoa)

Chega um dado momento em que é preciso ‘fazer diferente’ para que se possa colher diferente – sempre digo a meus clientes que, se plantamos batatas, não adianta esperarmos que brotem maçãs!

Iniciar um processo analítico não é tarefa fácil; é preciso dar-se conta de que há um problema e que não se consegue resolvê-lo sozinho. Por si só, essa circunstância produz alguma intensidade de sofrimento na pessoa.

Parece-me que todas as nossas tristezas são momentos de tensão que consideramos paralisias, porque já não ouvimos viver em nossos sentimentos que nos tornaram estranhos. Porque estamos a sós com um estrangeiro que nos veio visitar; porque, em um relance, todo sentimento familiar e habitual nos abandonou; porque nos encontramos no meio de uma transição em que não podemos permanecer. Eis porque a tristeza também passa: a novidade em nós,

o acréscimo, entrou em nosso coração, penetrou no seu mais íntimo recanto (Rilke, 1904/1993).

Ninguém acorda de um dia para o outro disposto a investir tempo, dinheiro e dedicação em um tratamento psicoterápico simplesmente porque não tem outra coisa melhor a fazer; é preciso que alguma coisa justifique esta motivação. Assim, quando um problema na vida de alguém perdura, a possibilidade de ‘fazer terapia’ aparece.

Schwartz e Flowers (2009) constataam que, atualmente, a psicoterapia é cada vez mais aceita pelas pessoas como uma ferramenta útil e adequada para fazer frente aos desafios que a vida apresenta. Neste sentido, podemos dizer que pensar em um processo analítico é responder diferencialmente, encobertamente e temporariamente. Falar em análise é aventar a possibilidade de fazê-la, e daí para o encontro são só mais alguns passos. A meu ver, essas são as etapas iniciais de um processo terapêutico, é o início de um cuidado consigo mesmo: ainda não fazemos parte desse processo, mas isso é uma questão de tempo.

O caminho nem sempre é direto, muitas pessoas devotam primeiramente sua confiança em um médico e frequentemente parte dele a sugestão de iniciar o processo analítico. Em outras ocasiões, a sugestão vem daqueles que já, em algum momento, beneficiaram-se com os seus resultados. Como analista do comportamento, entendo que o cliente não conseguiu produzir em seu ambiente respostas capazes de produzirem consequências eficazes a ponto de mudar a situação-problema que produz sofrimento, e emitir respostas na

direção da análise é possivelmente uma maneira alternativa de produzir tais consequências.

→ **QUADRO 12.1**

Provável percurso percorrido para o início do processo analítico.¹

	Cliente	Clínico
Antes do início da análise	<ul style="list-style-type: none"> • O problema • A ideia da análise • A procura (indicação) • O contato 	<p>INDICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade e disponibilidade • Expectativa sobre o cliente/controle
O encontro entre o clínico e o cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Postura • Qualidade do relato • Emoções • Expressões • Posicionamento frente ao contrato • Disponibilidade para os próximos agendamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pontualidade • Receptividade • Interação/acolhimento • Contrato • Disponibilidade

A Indicação

É importante ter ideia do caminho percorrido pelo cliente para encontrar e escolher um clínico. A ideia e a procura pela análise geralmente resultam na indicação de um outro clínico, seja por parte de terceiros, seja por acaso.

O telefone toca. É um possível cliente. Trava-se o primeiro contato entre cliente e psicólogo. Note que as palavras “entre cliente e psicólogo” estão sublinhadas. Por quê? Porque este pode ter sido o primeiro contato direto, mas nem sempre pode ter sido o primeiro contato do clínico com o cliente ou do cliente com o clínico. A maneira como este contato se deu pode produzir expectativas e, conseqüentemente, exercer algum controle tanto sobre as respostas

do cliente como do clínico. Listarei algumas possíveis formas de encontros.

Ao acaso – seu nome faz parte de uma lista, de um anúncio, de um rodízio; você não tem ideia de quem é nem de onde veio o cliente. Não houve uma indicação direta. Poderíamos chamar esta situação de ‘neutra’. O cliente não sabe quem você é e nunca ouviu falar sobre o seu trabalho. Procura um psicólogo e, por acaso, é você, mas poderia ser outro qualquer. Da sua parte, não há nenhum tipo de conhecimento prévio da história do cliente.

Uma indicação feita por alguém com quem você não mantém contato – O relevante neste caso é que, apesar de conhecer ou não quem fez a indicação, você não manteve contato com quem lhe indicou, portanto, não conhece a história da pessoa que virá a ser seu cliente, não há expectativas específicas. Por outro lado, não se sabe o que foi dito ao cliente sobre você. Esta já não é uma situação tão

Podemos dizer que pensar em um processo analítico é responder diferencialmente, encobertamente e temporariamente. Falar em análise é aventar a possibilidade de fazê-la, e daí para o encontro são só mais alguns passos.

O cliente não conseguiu produzir em seu ambiente respostas capazes de produzir consequências eficazes a ponto de mudar a situação- -problema que produz sofrimento e emitir respostas na direção da análise é possivelmente uma maneira alternativa de produzir tais consequências.

neutra como a anterior, pois o cliente possivelmente já tem expectativas a seu respeito, você não é só um psicólogo, mas tem um nome que carrega alguma referência.

Uma indicação feita por alguém com quem você mantém contato – Nesse caso, você conhece e mantém algum contato com quem indicou o cliente. Esta é a circunstância menos neutra de todas. É bastante provável que quem lhe indicou o cliente tenha levado em conta vários aspectos de seu perfil pessoal e profissional (o tipo de trabalho que você faz, o valor de sua consulta, sua localização geográfica, sua competência em casos anteriores, etc.) e avaliou que você é o mais indicado a ajudar o cliente em questão. Geralmente, é um colega, psicólogo, psiquiatra ou alguém que conhece e gosta do trabalho que você faz. As razões para esta indicação geralmente lhe são explícitas junto com o aviso da indicação e acompanham uma “breve” descrição do caso. Tenho colegas que dizem simplesmente “Te indiquei um paciente”, e outros que dizem “Te indiquei uma pessoa, é um amigo, é minha mãe, irmã, primo, marido, tio”, e assim por diante – todos estes aspectos findam por se caracterizar como variáveis relevantes o bastante para produzir significativas expectativas a respeito do futuro cliente e de sua conduta diante dele. Nesta condição, é muito provável que seu cliente, amigo ou parente de seu “colega” vá fazer comentários a respeito de você, e deve-se levar isso em conta, pois é um aspecto que, de certa forma, exerce “controle” no seu desempenho como clínico.

Acredito que nenhum clínico trata melhor ou pior seu cliente porque ele veio de lá ou acolá, mas devemos ter conhecimento de que a “indicação” é uma variável que exerce, sim, controle sobre nosso

comportamento, principalmente nos encontros iniciais. Certamente, é bastante diferente estar diante de uma pessoa com quem você nunca teve nenhuma referência e estar diante da mãe, do marido ou do colega de seu vizinho de sala – não é mesmo?

O contato

O primeiro contato entre cliente e analista geralmente é feito através do telefone. Neste contato, pode ocorrer uma breve interação: na maioria das vezes, uma breve apresentação e o agendamento de um horário. No entanto, pode ocorrer uma interação mais extensa, principalmente quando o paciente está tão ansioso pela consulta que vai tornando esse telefonema uma pré-consulta. Geralmente, neste caso, fico atenta e peço que o cliente traga suas questões para que conversemos no consultório, mas guardo na manga “esta ansiedade”, trazendo-a de volta em um momento oportuno. Agendamento de dia e de horário, mãos à obra! Prestou atenção em tudo o que aconteceu neste contato? Preste! Pois esse também é um evento que faz parte dos encontros iniciais e que pode lhe ser útil para uma análise futura.

O ENCONTRO ENTRE CLÍNICO E CLIENTE

Seja qual for o motivo, a ordem ou a grandeza, o primeiro encontro tem sempre características especiais. Um dia marcou hora, no outro foi ao consultório. Abro a porta, aproximo-me, confirmo nome e pessoa. Convido-o a entrar. Sentados, geralmente nossos olhares se encontram. Não sabemos como se dará esta narrativa, uma vez que é típico deixarmos a cargo do cliente o tom da conversa.

Frequentemente, uma pequena introdução é o bastante para que se inicie a história.

– Então o que te traz aqui?

Certas Palavras

Certas palavras não podem ser ditas em qualquer lugar e hora qualquer. Estritamente reservadas para companheiros de confiança, devem ser sacralmente pronunciadas em tom muito especial lá onde a polícia dos adultos não adivinha nem alcança.

Entretanto são palavras simples: definem partes do corpo, movimentos, atos do viver que só os grandes se permitem e a nós é defendido por sentença dos séculos.

E tudo é proibido. Então, falamos.

(Carlos Drummond de Andrade)

Baseados no que já disse anteriormente, podemos ou não ter ideia do que virá pela frente, mas, a partir deste momento, o caso toma outra forma – tornamo-nos expectadores – agora, uma história será desenrolada diante dos nossos olhos e isso faz muita, muita diferença. A partir desse momento, tem-se como ferramentas de trabalho o olhar e a escuta, que devem estar sensíveis para a performance que se dá ali, devem contemplar todas as dimensões daquela narrativa, tanto a sua forma quanto o seu conteúdo, os quais se constituirão em nossa linha de base, em nossa referência a respeito do cliente.

Como o cliente se senta? Seu olhar é cabisbaixo ou enfrontador? Como conta sua história? É um início tímido, resguardado, ou um jorro de palavras ditas em tom alto e claro? Chora? Quando fala de quê? De quem? Olha no relógio? Como está vestido? Cada cliente é uma fonte inesgotável de combinações comportamentais e para cada uma dessas combinações devemos ter um olhar particular e uma conduta apropriada.

Sempre digo que clínicos têm duas visões distintas: os olhos de fora e os olhos de dentro. Os olhos de fora colhem os dados, enquanto os olhos de dentro, sempre fundamentados por um referencial teórico, devem estar atentos para ver o que não é visível, o que está no escuro, soterrado, escondido, por trás. Às vezes, fecho meus olhos para ver melhor... é como se sobrepujasse um “gabarito” (conceitos teóricos) à fala do cliente, produzindo um novo conhecimento a seu respeito.

Prestar atenção à fala do cliente é por si só uma intervenção; a audiência de um clínico analítico-comportamental é interativa. Segundo destaca Skinner, (1953/2003) a psicoterapia é uma agência (de controle) especial, na qual o clínico, ao se colocar desde o início em uma posição diferente dos demais membros da sociedade, estabelece uma relação diferente de todas as outras que o cliente experimenta. Veja um pequeno trecho do livro de Yalon (2009), no qual uma de suas pacientes relata exatamente como se sentiu na primeira vez em que esteve diante de seu clínico:

Naquela primeira entrevista com ele, minha alma se apaixonou. Eu consegui falar francamente; podia chorar e pedir ajuda sem me envergonhar. Não havia recriminações

me esperando para me escoltarem até em casa [...] Ao entrar no consultório, parecia que eu tinha licença para ser eu mesma (Yalon, 2009, p. 79).

O que vai proporcionar ao cliente essa sensação e, ao mesmo tempo, tornar essa relação díspar é o distanciamento que o clínico mantiver de qualquer tipo de controle aversivo; por isso, deve-se estar sempre atento para que a audiência não se torne punitiva. Clínicos não fazem juízos de valor, tampouco interpretações a partir de seu próprio ponto de vista. Tomar cuidado para não cometer esses deslizes favorece ao cliente expor seu comportamento, revelar o que sente e como sente. Inicialmente, o clínico deve conduzir a sessão de forma a deixar explícita uma condição de acolhimento e de permissão, e deve ser prudente em emitir opiniões e em oferecer regras. O início do processo analítico exige calma, a ânsia em querer ajudar tem momento certo para se dar, e meter os pés pelas mãos nesse momento pode pôr todo o processo a perder. Via de regra, os primeiros encontros são de acolhimento, de coleta de informações e de preparação do ambiente terapêutico, favorecendo e aumentando as chances do retorno do cliente.

Onde você vê um obstáculo

Alguém vê o término da viagem

E o outro vê uma chance de crescer

Onde você vê um motivo pra se irritar,

Alguém vê a tragédia total

E o outro vê uma prova para sua paciência.

Onde você vê a morte,

Alguém vê o fim

E o outro vê o começo de uma nova etapa...

Onde você vê a fortuna,

Alguém vê a riqueza material

E o outro pode encontrar por trás de tudo, a dor e a miséria total.

Onde você vê a teimosia,

Alguém vê a ignorância,

Um outro compreende as limitações do companheiro,
percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo.

E que é inútil querer apressar o passo do outro, a não ser que ele deseje isso.

Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.

“Porque eu sou do tamanho do que vejo. E não do tamanho da minha altura.”

(Fernando Pessoa)

É importante deixar a cargo do cliente o “tom da conversa”; entretanto, é importante também ter em mente que esse primeiro encontro deve ter “a entrevista” como fio condutor, como foco principal. Segundo sugere de Rose (1997), o olhar do clínico deve estar direcionado para as relações estabelecidas entre os eventos ambientais e as ações do organismo em questão – a conduta, neste momento, direciona-se principalmente na facilitação da narrativa e na coleta de informações relevantes para nossa compreensão e, conseqüentemente, para intervenções futuras.

Preste atenção em você!

Tão importante quanto olhar para o cliente é olhar para nós mesmos, um olho lá, um olho cá! É importante que você se observe, que perceba o que sente diante daquele que está à sua frente, pois, em algum momento, vai devolver para ele a sua percepção que, por sua vez, é uma valiosa oportunidade para o cliente se ver através de outros olhos.

Sessão em andamento, nota-se que a narrativa do cliente sobre seu problema mingua. Passaram-se aproximadamente cerca de 10 minutos, e o cliente não sabe mais o que falar, ou melhor, como falar. Tenha calma, é provável que esta situação produza algum incômodo (tanto no cliente quanto em você), mas, como nosso foco é a “entrevista”, é conveniente que se façam perguntas – às vezes, isso não ocorre na primeira sessão, pois esta é cheia de etapas a concluir, mas pode ocorrer a partir da segunda sessão: o cliente nos coloca na posição de responsáveis pelo andamento da sessão, o que de certa forma somos.

Chamo sua atenção aqui para a sagacidade que o clínico deve ter quando se depara com tal situação. O que o cliente está tentando lhe dizer?

Muitas pessoas não sabem como se expressar, não têm habilidade em se auto-observar, tampouco usam palavras que correspondem aos seus sentimentos ou as circunstâncias vividas. Sendo assim, é preciso planejar o aumento e a precisão do repertório verbal do cliente, para que só um pouco mais adiante seja possível

enxergar junto com ele sua verdadeira condição. Nesse sentido, é importante discriminar o quanto antes o que é esquivado e o que é falta de repertório verbal.

A sessão vai chegando ao fim e chega o momento do contrato. É importante deixar claro para o cliente que esse é um processo que leva tempo e depende, em grande parte, de sua própria dedicação, por isso a importância de um contrato bem feito e bastante esclarecido. O momento do contrato é o momento no qual o clínico impõe limites de horários, de disponibilidade e do valor da consulta, sempre se certificando de que tudo o que você impôs foi compreendido. Apesar de difícil, essa é uma rica oportunidade para ver o cliente se comportar diante dos limites impostos pelo outro.

A introdução da variável monetária exerce grande poder sobre as pessoas; para muitos clínicos, esse é um momento incômodo que vai se tornando mais fácil à medida que o tempo passa e conforme se valoriza o trabalho desenvolvido. Regatear, diminuir o valor do trabalho clínico são praxe, especialmente para aqueles que nunca passaram por um processo analítico. Não os culpo, este não é um serviço barato e vivemos em tempos de crises econômicas; é preciso acreditar que esse investimento será vantajoso em longo prazo.

Além da questão financeira, acerta-se a disponibilidade de horários, outra variável bastante importante, pois aqui vemos o cliente rearranjar sua agenda em função da análise, avaliamos sua predisposição, seu entusiasmo ou sua resistência. Claro que deve-se levar em conta a localização do clínico e o deslocamento do cliente: em uma cidade como São Paulo, nem sempre um atraso ou uma falta

podem estar relacionados à resistência ou esquivado da análise – estamos quase que diariamente sob controle de variáveis incontroláveis como trânsito e clima.

No final do primeiro encontro torna-se necessário apresentar um contrato de trabalho para o cliente. Nele se estabelece as regras que conduzirão o trabalho: se o cliente compreendeu tudo que foi estabelecido no contrato; se o cliente está disposto a se envolver naquele processo, que leva tempo e depende, em partes, de sua própria dedicação e observar como o cliente lida com os limites impostos por ele.

Quando o clínico observa que o cliente apresenta certa dificuldade de verbalizar seu problema, ele deve atentar se isso se deve à falta de repertório do cliente ou trata-se de uma resposta de esquivado. No primeiro caso, o clínico deverá modelar este repertório.

Concluo esta reflexão deixando às claras que esses são apenas alguns dos eventos aos quais devemos atentar nos encontros iniciais. Em se tratando de uma condição tão complexa como um processo analítico, muita coisa pode acontecer e, como enfatizei no início, o desempenho do clínico será decisivo nessa travessia – no sentido de produzir no cliente uma mudança que o capacite a encontrar por si próprio a solução para seu problema.

Nada posso lhe oferecer que não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo além daquele que há em sua própria alma. Nada posso lhe dar, a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo, e isso é tudo.

(Demian – Hermann Hesse, 1929/2008)

REFERÊNCIAS

Andrade, C. D. de. Certas palavras. Acessado em 02 nov, 2009, em http://memoriaviva.com.br/drummond/poema_050.htm

Boaventura, E. (2007). Como ordenar as ideias (9. ed.). São Paulo: Àtica.

Hesse, H. (2008). O lobo da estepe. Rio de Janeiro: Best-bolso. (Trabalho original publicado em 1929)

Pessoa, F. Onde você vê. Acessado em 02 nov, 2009, em http://www.alashary.org/analise_poetica_do_poema_de_fernando_pessoa_onde_voce_ve/

Pessoa, F. Travessia. Acessado em 02 nov, 2009, em http://www.pensador.info/autor/Fernando_Pessoa/5/

Rilke, R. M. (1978). Cartas o um jovem poeta. (9. ed.) São Paulo: Globo.

Schwartz, B., & Flowers, J. (2009). Como falhar na relação? Os 50 erros que os terapeutas mais cometem. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Skinner, B. F. (2003). Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Yalon, I. (2009). Vou chamar a polícia e outras histórias de literatura. Rio de Janeiro: Agir.

Referência deste capítulo

Leonardi, J. L.; Borges, N. B. & Cassas, F. A (2012) **Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica**. Em: Borges, B. N. Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed

Eventos a que o clínico analítico-comportamental deve atentar nos primeiros encontros: das vestimentas aos relatos e comportamentos clinicamente relevantes

Fátima Cristina de Souza Conte
Maria Zilah da Silva Brandão

As publicações sobre a fase inicial dos processos terapêuticos analítico-comportamentais geralmente abordam a relação entre o clínico e seu cliente e os procedimentos típicos de avaliação clínica e sua fundamentação. O propósito deste capítulo é relatar um conhecimento construído através da experiência clínica das autoras sobre o comportamento informal dos profissionais, sua equipe e seus clientes, presentes desde o momento em que o cliente chega à clínica psicológica até o início do processo propriamente dito.



PRÉ-TERAPIA – OS BASTIDORES DE UMA SALA DE ESPERA

Entrando na clínica de análise de comportamento, a sala de espera é a primeira parada, onde as primeiras interações in vivo se estabelecem. O que acontece lá pode ser altamente revelador dos comportamentos do clínico e dos clientes.

O cliente pode estar ansioso para entender qual a forma adequada de se relacionar no contexto terapêutico, com as secretárias e pessoas presentes na sala e com o impacto que seus problemas causarão no profissional. Também pode estar preocupado, e com razão, com a competência do clínico para ajudá-lo. Nesse contexto, não é difícil aparecerem pensamentos e fantasias sobre o atendimento e sobre as pessoas e interações que acontecem na sala enquanto ele aguarda a sua vez. Pensar sobre o que os outros estão pensando dele e quais os problemas que os trouxeram ali é o mais frequente. As fantasias podem ser do julgamento e da avaliação que as pessoas da sala fazem dele, neste momento.

Com o passar do tempo, o cliente tende a relaxar, e suas interações e capacidade de observar o ambiente melhoram; o que vivencia nos bastidores da clínica pode influenciar vários comportamentos que ocorrerão na sessão: pode predispor-lo a agir de uma determinada maneira em vez de outra, pode melhorar ou piorar suas dificuldades iniciais. Como exemplo, temos o caso de uma cliente que, embora já tivesse melhorado com a terapia, relatou que ter tido a oportunidade de observar os profissionais da clínica e seus estagiários aflitos e ansiosos às vésperas de um congresso, em função de deixarem

tarefas para a última hora, fez com que ela achasse normais os seus próprios sentimentos de angústia e ansiedade às vésperas de sua defesa de tese e de outros compromissos agendados. “Percebi que isto é normal, até os terapeutas têm!”, disse ela. A avaliação funcional do caso desta cliente havia revelado dificuldade em lidar com crítica, desaprovação, erros seus ou dos outros. Ela apresentava esquiva e comportamentos socialmente inapropriados frente a várias situações que poderiam levar a isso. A experiência de bastidores favoreceu mudanças.

Outro exemplo, que pode elucidar como os comportamentos da sala de espera podem ajudar na identificação dos comportamentos clinicamente relevantes dos clientes (CRBs), como são denominados por Kohlenberg e Tsai (1991), é o caso de Eric, nome fictício do cliente que, embora sua queixa envolvesse assédio sexual no trabalho, apresentava comportamento de respeito exemplar nas sessões, gerando dúvidas com relação à inadequação comportamental. O relato da secretária, porém, indicou que na sala de espera ela se sentia acuada perante o comportamento agressivo do cliente, que ameaçava parar a terapia e ir embora caso a profissional se atrasasse para atendê-lo ou não o agendasse no horário pelo qual ele tinha preferência. A secretária chegava a interromper a sessão anterior à dele para pedir para a profissional não se atrasar. O conhecimento dessas atitudes deu condições para o clínico intervir diretamente no “aqui e agora” da relação terapêutica, evocando os comportamentos relevantes na sessão.

Em resumo, a sala de espera pode se constituir em uma variável independente importante e produzir mudanças no comportamento dos clientes, antes mesmo de começarem as sessões de terapia; ela também dá dicas ao clínico sobre o comportamento do cliente e, principalmente, pode colaborar para a certificação dos comportamentos clinicamente relevantes deste, já observados na sessão.

Na sala de espera, podemos ainda observar a interação cooperativa entre os clientes quando há necessidade de ajuda mútua para resolver problemas corriqueiros como, por exemplo, o do estacionamento que fecha mais cedo, precisando que alguém da sala tire o carro do outro que está em atendimento; há também clientes que erram o horário ou são vítimas do engano das secretárias e se encontram na sala de espera para decidir quem vai ser atendido e quem vai embora; clientes que se conhecem e se encontram casualmente na sala de espera e são obrigados a assumir um para o outro que estão fazendo terapia, e que acabam tecendo comentários sobre seu tratamento; há os inimigos que se encontram e descobrem que fazem terapia com a mesma pessoa e que um já falou do outro na sua sessão; e muitos outros casos delicados ou engraçados que nos surpreendem pela flexibilidade ou inflexibilidade de repertório comportamental do cliente para resolver estas questões inusitadas de relacionamento e que se constituem em oportunidade única de observação direta do seu comportamento.

Uma história sobre os bastidores da clínica psicológica e como esses fatos afetam o comportamento do clínico e do cliente que está sendo atendido, e dos que aguardam sua sessão, aconteceu em uma

tarde de 2004, quando uma das autoras estava atendendo um cliente com queixa de pouca confiança nos outros, baixa autoestima e pensamentos “paranoides”, e a secretária da clínica liga para a sala da profissional para avisar que o delegado da cidade e vários policiais haviam reconhecido o cliente que estava com ela como o assaltante de várias salas daquele prédio, e que eles invadiriam o local para pegá-lo. A profissional ouviu em silêncio, disse calmamente para o cliente que ela precisava falar com a secretária, foi até a sala de espera e disse para o delegado que ele estava enganado, que garantia que ele não era a pessoa procurada e que não permitiria que ele falasse com o cliente. Permitiu apenas que olhasse a sala sem falar com o cliente e com a concordância deste. Os clientes da sala de espera apoiaram a profissional, que questionou sobre documentos para fazer tal invasão na clínica, demonstrando empatia.

O cliente demonstrou melhora ao confiar na profissional e permitir que o policial entrasse sem se sentir ameaçado por ele; os clientes que assistiram ao episódio foram para as suas sessões modificados pela experiência e pela garantia de sua segurança na sessão. A profissional se sentiu satisfeita por agir espontaneamente, controlada por reforçadores naturais envolvidos em ajudar o cliente.

A ideia de desmistificar a sala de espera da clínica psicológica veio como consequência da aprendizagem de fazer terapia e, portanto, foi modelada por contingências advindas do comportamento do cliente. Hoje, ao mesmo tempo em que visamos destacar seu potencial terapêutico, a ideia faz parte de um procedimento de quebrar regras e conceitos que produzem tensão, ansiedade, medo de fazer terapia ou do analista perfeito idealizado pelos clientes. Quem faz análise é

“normal” como qualquer um de nós, clínicos ou leitores deste capítulo. Todos, sem exceção, temos problemas “psicológicos” no decorrer da vida, em alguns momentos, em função de algumas circunstâncias, e essa percepção do coletivo ameniza um possível constrangimento de estar em análise.

Quem faz análise é “normal” como qualquer um de nós clínicos ou leitores. Todos, sem exceção, temos problemas “psicológicos” no decorrer da vida, em alguns momentos, em função de algumas circunstâncias.

Não poupar o cliente das complicações normais de uma sala de espera é sempre uma decisão dos clínicos, que devem discutir essa experiência com ele, e não pode ser confundido com negligência ou exposição constrangedora do sofrimento do cliente aos outros.

O papel do clínico é atenuar o sofrimento do cliente, levando-o a ver os eventos externos que estão gerando sofrimento e dando força a ele para suportar sua dor e mudar suas ações, na medida do possível, para gerar contingências diferentes que possam produzir sentimentos mais agradáveis.

O QUE DIZEM AS APARÊNCIAS?

Dizem popularmente que as primeiras impressões são as que ficam. O que dizer da aparência física do clínico e do cliente? Será que ela tem algum papel relevante na relação terapeuta-cliente? Pensamos que a apresentação física (aparência) do clínico é importante e pode

influenciar nas percepções e análises que o cliente faz do profissional: sendo este muito vaidoso, por exemplo, pode provocar medo no cliente, de não ser tão importante para ele, e aqueles muito desleixados podem passar a impressão de que não estão dando conta nem da própria vida.

Quanto ao cliente, as vestimentas podem ser vistas como uma das formas de sua inserção no mundo e podem mudar de acordo com suas necessidades de aceitação pelo grupo. Elas também podem oferecer ao analista dicas sobre o estilo de vida do cliente e sobre o impacto que este deseja causar no clínico.

Pensamos, na verdade, que é impossível para clínicos e clientes se apresentarem, por muito tempo, disfarçados completamente daquilo que realmente são, em termos de seus padrões comportamentais. As diferentes situações se repetirão e trarão novamente à tona os comportamentos previamente observados. Assim, as aparências deverão ser suplantadas pela análise do comportamento.

AS EXPECTATIVAS DOS CLIENTES E CLÍNICOS NAS PRIMEIRAS SESSÕES

A expectativa do cliente com relação à análise e ao clínico é outra variável importante a ser considerada no início do trabalho. O cliente pode estar tão ansioso que não ouve ou não observa o comportamento do clínico, agindo em função de suas expectativas e não da interação. Para exemplificar, imagine uma cliente que chega à primeira sessão falando muito sobre sua queixa, e a clínica quase não consegue

interromper para tecer comentários ou fazer perguntas. Ao terminar a sessão, a cliente diz: “Eu não vou continuar a terapia porque quero uma psicóloga que fale, e não uma que fique só ouvindo”. É claro que ela foi embora sem deixar a profissional responder.

Concluimos que cada cliente, assim como cada primeira sessão, é único e não achamos, previamente, um melhor modo de nos comportar como analistas; toda flexibilidade é pouca perante a diversidade do repertório comportamental de nossos clientes.

O CLÍNICO FRENTE A FRENTE COM O CLIENTE

O conhecimento analítico-comportamental crescente tem desenhado uma tendência de intervenção clínica de aumento da complexidade da análise, que transcende a ênfase nas técnicas tradicionais e desafia o clínico a se comportar com os clientes, tornando o contato direto uma oportunidade para a ocorrência de mudanças comportamentais relevantes. Como visto, a sua relação com seus clientes começa, indiretamente, antes da ocorrência do primeiro contato pessoal. Após isso, uma série de condutas pessoais deve ocorrer, favorecendo o estabelecimento de uma relação direta com os clientes que deve ser oportunidade para expressão de sentimentos, confiança e esperança de melhora, na qual seja veiculada uma teoria explicativa coerente sobre os problemas e as intervenções propostas. Nesta direção, deve-se compartilhar a compreensão de que o comportamento-queixa ou comportamento-alvo do cliente – por mais espantoso ou doloroso que se apresente – representa a melhor

adaptação comportamental que ele pode fazer às contingências até o momento, ajudando-o a quebrar a fantasia de determinação interna de problemas psicológicos, gerando (no cliente) sentimentos de aceitação e não julgamento, e abrindo caminho para a análise e mudança de contingências que afetam a sua conduta. Enfim, é hora de acolher, ser empático e dividir o conhecimento de que todo comportamento é modelado por contingências filogenéticas, ontogenéticas e culturais.

Skinner (1953) lembra que o impacto inicial do clínico frente ao cliente está relacionado ao quanto ele consegue se constituir em uma fonte de reforçamento social. Posteriormente, o poder do clínico aumentaria à medida que o cliente observasse nele a capacidade de ajudá-lo a diminuir seu sofrimento, pelo decréscimo de suas reações emocionais desagradáveis e pela mudança de contingências aversivas. Reconhecendo o clínico como audiência não punitiva e eficaz, é provável que o cliente passe a apresentar, frente a ele, os comportamentos que são passíveis de punição e que podem fazer parte dos seus comportamentos-alvo. Ainda, o cliente tenderia a aumentar sua aceitação das interpretações do analista e a responder mais apropriadamente a quaisquer outras intervenções que dele adviessem.

Esse fenômeno, contudo, não é unidirecional, como muitos já observaram. À medida que a relação terapêutica se torna mais segura, assim como ocorre com os clientes, os clínicos também tendem a reagir aos comportamentos destes, em sessão, de acordo com seus padrões comportamentais. Um analista que tende a ser mais exigente ou menos afetuoso, mais sério ou bem-humorado em suas respostas, mais frequente ou intensamente responderia nessa direção, a exemplo de como reage em outras relações sociais das quais faz parte. E, se isso é o

que é provável, não é o que deve acontecer sem autocrítica e observação dos efeitos por parte do clínico, já que seu comportamento, na interação com o cliente, tem como função promover sua melhora. O autoconhecimento do profissional, sua capacidade de auto-observação contínua, a habilidade para ser fonte sincera de reforçamento social, de estabelecer relações confiáveis e comprometidas, sua amplitude e flexibilidade comportamental e tolerância emocional parecem, portanto, quesitos pessoais altamente relevantes para o processo. Kohlenberg e Tsai (1991) trazem uma proposta behaviorista radical de criação de uma psicoterapia que tem como foco a relação terapêutica e, de início, propõe aos clínicos que criem ou intensifiquem, em seu cotidiano, oportunidades para desenvolver esse repertório. Colocam ainda que as reações privadas do profissional ao cliente e seu comportamento também merecem atenção cuidadosa, já que podem ser uma boa fonte de informação sobre comportamentos clinicamente relevantes do cliente. Sentimentos de tédio, irritação ou raiva por parte do clínico podem indicar que, se o cliente está se comportando com ele da mesma maneira como tende a se comportar com outros de seu entorno, pode estar eliciando nestes sentimentos equivalentes. Isso se as respostas do clínico estiverem sob controle primordial dos comportamentos que o cliente apresenta naquele momento! Portanto, fica aqui um dos fatores que endossam a importância da psicoterapia pessoal do clínico e da sua supervisão para os atendimentos. Esses são contextos para o aprendizado da discriminação dos estímulos que controlam seus comportamentos e das funções que seus comportamentos assumem nas interações com os demais, e permitem o desenvolvimento de habilidades de “usar” respostas privadas, discriminativamente, em benefício do processo clínico e do cliente.

Agindo dessa forma, mais cedo do que o esperado, o clínico pode identificar comportamentos clinicamente relevantes dos clientes na sua interação com eles. Estar frente a comportamentos clinicamente relevantes que devem ser fortalecidos não deve gerar nenhuma dúvida sobre o fato de que o clínico deve se comportar de forma a fortalecê-los. A modelagem de comportamentos desejáveis, através de reforçamento diferencial, é sempre a indicação mais apropriada para intervenção na clínica analítico-comportamental. Já quando esses comportamentos fazem parte da classe do comportamento-alvo que devem diminuir – cujo apontamento poderia ajudar o cliente a identificar os demais que fazem parte da mesma classe em outras situações –, para muitos clínicos, pode indicar uma oportunidade única de confronto. Contudo, isso pode ser uma armadilha! Confrontar sempre implica apresentar, de alguma forma, uma estimulação aversiva. O conhecimento do repertório global do cliente, a escolha da estratégia e do momento mais adequado são cuidados que tendem a minimizar a aversividade e aumentar a probabilidade de apresentação de uma boa resposta clínica por parte do cliente. A avaliação sobre a adequação do confronto é sempre funcional e posterior, através da observação das consequências. Por vezes, confrontar pode exigir do clínico autorrevelação, o que deve ocorrer sempre em benefício do cliente e, portanto, na intensidade e intimidade adequadas.

AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO: OLHOS E OUVIDOS ATENTOS!

O instrumento geralmente utilizado nos encontros iniciais é a entrevista, que gera informações verbais e também respostas não verbais, concorrentes, às quais o clínico analítico-comportamental deve estar atendendo.

Zaro e colaboradores (1980), entre outros, traziam para a clínica comportamental a proposta de observação informal do comportamento do cliente no setting clínico. A forma como o cliente relatava ou omitia, detalhava ou dispersava as informações requeridas pelo analista deveria ser observada e analisada quanto à sua função e relação com os comportamentos-alvo. Kohlenberg e Tsai (1991) intensificaram a proposta, acrescentando que, além de observar e analisar os comportamentos do cliente na relação, o clínico poderia discutir com ele tais constatações, transformando a sessão de análise em um instrumento de avaliação e intervenção clínica que por si produziria mudanças comportamentais através da relação entre o profissional e o cliente. Quando a relação terapeuta-cliente representa uma amostra significativa das demais relações do cliente com outros em situações extraconsultório, os ganhos obtidos ali, por generalização e equivalência, estender-se-ão para outros contextos.

AGINDO PARA QUE A FAP POSSA SER REALIZADA

Os comportamentos de interesse, para a FAP, são os que fazem parte da classe funcional que tem relação com o comportamento-alvo e que ocorrem na sessão. Tais classes são identificadas a partir das informações coletadas e são denominadas comportamentos

clínicamente relevantes ou CRBs 1, 2 e 3. Os CRBs1 fazem parte da classe de comportamentos “problemas”; os CRBs2 se referem aos comportamentos de melhora, geralmente incompatíveis ou alternativos aos primeiros, enquanto os CRBs3 são as interpretações e a análise apropriadas que o cliente faz a respeito de seu próprio comportamento fora ou dentro da sessão.

Os CRBs podem aparecer em muitas situações, e muitas delas são comuns ao contexto clínico, tais como a estrutura da hora clínica, a sala de espera, “erros” ou comportamentos não intencionais do clínico, a expressão de seu afeto, cuidado ou seu feedback, etc. E qualquer resposta só será importante por sua possível relevância clínica, e discutir sua interação com o clínico não é tarefa fácil para muitos clientes. Assim, os autores recomendam que os clientes sejam introduzidos gradualmente neste processo, desde o início.

Como ajuda, sugerem que os clínicos:

- a) encorajem, valorizem as descrições do cliente relacionadas com os estímulos presentes no contexto terapêutico (por exemplo, comentários sobre o clínico, o processo clínico, a relação terapêutica, etc.);
- b) encorajem as comparações de comportamentos que ocorrem na sessão com os que ocorrem na vida diária (por exemplo, a fala de um cliente de que a ansiedade que sentiu ao contar algo ao clínico foi similar à sentida ao falar com seu chefe), especificando os estímulos de controle que são comuns aos dois momentos;
- c) encorajem o cliente a fazer sugestões, queixas e pedidos diretos e objetivos (tais como “por favor, ligue pra mim mais depressa da próxima vez”), respondendo realisticamente às suas demandas e aprovando seu comportamento assertivo;

d) usem as descrições do cliente sobre o que ocorre na sua vida como metáfora para eventos que ocorrem na sessão, especificando, por exemplo, se uma dada fala não traz um significado encoberto. Se o cliente comenta o quanto seu dentista é in-competente, o clínico pode investigar se ele não está achando o mesmo dele (analista), ajudando-o a ter uma resposta mais direta e aversiva.

Na FAP, o clínico e seu comportamento podem assumir as funções de estímulo eliciador, reforçador e discriminativo para os comportamentos dos clientes. Uma vez que comportamentos clinicamente relevantes do cliente ocorram e sejam modificados no contexto clínico, eles poderão ser generalizados para situações funcionalmente semelhantes importantes, de fato, para o cliente. Não é a relação do clínico com o cliente o que, em última instância, importa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, o ambiente da clínica e da sala de espera e os comportamentos da equipe e dos clínicos, além de gerarem bem-estar ao cliente, podem aumentar a probabilidade de sua adesão ao processo psicoterápico e ajudar na formação de conceitos “positivos” sobre a psicologia, a psicoterapia, a análise e o analista do comportamento e os demais relacionados. Trata-se, portanto, de criar condições antecedentes que funcionem como operações motivadoras para comportamentos de vir, permanecer e confiar, e, ainda, estabelecer o clínico e seus comportamentos como estímulos discriminativos, eliciadores e reforçadores para o desenvolvimento do repertório do cliente que o aproxima de suas metas terapêuticas. Isso não se faz simplesmente seguindo regras, mas estando sensível às contingências.

Parte delas se relaciona à compreensão de que o sofrimento que o cliente traz vai além da queixa. Vir à análise nem sempre é uma decisão fácil, e muitos sabem que, na tentativa de sofrer menos, poderão passar por outra forma de sofrimento, por ter que revelar comportamentos ou experiências passíveis de punição social ou “reviver” cenas que geram respondentes desagradáveis. Embora possa parecer um privilégio ter o apoio de um clínico, há sempre um custo pessoal, financeiro e mesmo social que acompanha cada cliente.

A nossa cultura ainda hoje julga sentimentos como “certos ou errados”, e banaliza a dificuldade de cada um em “ter ou não” e “controlar ou não” os que são indesejáveis. A impressão que muitos clientes têm é que os mortais com quem convive, principalmente o analista, podem controlar seus sentimentos através de uma ação direta que incida diretamente sobre eles. Muitos aprenderam a confundir-se sobre o seu próprio autoconceito e agregar a si mesmos rótulos generalizados a partir de críticas recebidas.

Geralmente, os clientes se sentem infelizes e cheios de comportamentos de fuga e esquiva, e o clínico deverá bloqueá-los, o que deve ser feito de forma a minimizar o uso de estratégias aversivas e maximizar os reforçadores naturais imbricados na relação terapêutica, uma vez que são esses que podem promover inicialmente sentimentos relativos à felicidade.

Enfim, não tivemos a pretensão de discorrer sobre todos os aspectos que afetam as queixas psicológicas e nem encaminhar soluções para todos os problemas que cercam as primeiras interações terapeuta-cliente no contexto clínico. Desejamos, sim, demonstrar que,

quando nós, analistas do comportamento, recebemos um cliente, sabemos que há muito mais em questão do que as regras terapêuticas, a teoria ou a queixa ouvida na primeira sessão. Também as nossas ações e suas consequências vão muito além das que são planejadas, observadas, controladas, descritas ou desejadas! Nos mais diversos papéis que exercemos, nossas ações produzem mudanças em cadeia nas nossas relações e nas dos outros à nossa volta. Sabendo disso, procuramos sempre, como clínicos, propagar e potencializar o efeito de ações “positivas” em todos os contextos.

Esperamos ter cooperado com algumas observações e cuidados que nos pareceram úteis, aprendidos nestas três décadas de experiência compartilhada com outros colegas da análise clínico-comportamental do Brasil. Nossa experiência de convívio, como grupo, tem demonstrado duas “verdades” que teoricamente sempre apregoamos: que é possível uma convivência humana intensa com poucos controles aversivos, e que o reforçamento natural vigente nas nossas relações de amizade aumenta nossos sentimentos de alegria, autoestima e autoconfiança, assim como a nossa competência. Essas relações, na verdade, têm-nos ensinado como ser melhores clínicos!

REFERÊNCIAS

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. São Paulo: ESETec.

Skinner, B. F. (1953). Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes.

Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. J., & Dreiblatt, I. S. (1980). Introdução à prática psicoterapêutica. São Paulo: EPU.

Referência deste capítulo

Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (2012) **Eventos a que o clínico analítico-comportamental deve atentar nos primeiros encontros: das vestimentas aos relatos e comportamentos clinicamente relevantes.** Em: Borges, B. N. Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed

A escuta cautelosa nos encontros iniciais: a importância do clínico analítico-comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal

Ghoeber Morales dos Santos
Maxleila Reis Martins Santos
Vívian Marchezini-Cunha

Os encontros iniciais entre clínico e cliente exercem importantes funções para o processo clínico como um todo. São nesses primeiros encontros que o vínculo entre analista e cliente será formado, serão coletadas informações importantes acerca da queixa do cliente – o motivo que o trouxe à terapia – e acerca daqueles eventos e situações que se relacionam de alguma maneira à queixa. A partir das informações obtidas nos encontros iniciais, o clínico formula hipóteses sobre os determinantes da queixa do cliente e o programa de intervenções, as quais serão realizadas posteriormente.



Ambas as funções dos encontros iniciais – interação e de coleta de dados – são construídas baseando-se principalmente nas interações verbais estabelecidas entre analista e cliente. Durante toda a sessão, existe alternância de papéis de falante e de ouvinte. Os comportamentos que esses papéis envolvem são importantes para a continuidade da interação verbal e para o alcance dos objetivos da sessão. Falando (fazendo perguntas, relatando eventos, descrevendo respostas abertas e encobertas, esclarecendo dúvidas) ou ouvindo, ambos funcionam como ambiente para o outro e vão aos poucos construindo uma relação (cf. Meyer e Vermes, 2001; Skinner, 1953/2000).

Nos encontros iniciais, é comum o clínico limitar-se a fazer perguntas e indicar compreensão do que é dito, intervindo poucas vezes com feedbacks ou conselhos. Nessas primeiras sessões, o analista pratica a maior parte do tempo o que pode ser chamado de escuta ou audiência não punitiva. A audiência não punitiva é uma escuta diferente, que envolve observação atenta ao que o cliente diz, bem como expressão de respeito e compreensão em relação ao que é dito. A escuta do clínico, nos encontros iniciais, pode produzir, por si mesma, efeitos benéficos para o cliente: ao fazer perguntas e ouvi-las atentamente, o clínico pode ajudar o cliente a olhar mais claramente para as situações e seus sentimentos. De maneira mais simples e fundamental, a escuta cautelosa do clínico favorece o engajamento do cliente no processo terapêutico, uma vez que o fato de estar em terapia já é valorizado pelo profissional.

É exatamente por não haver sido construída ainda uma relação sólida entre analista e cliente (já que uma relação se constrói por uma

história de reforçamento compartilhada pela díade) que o clínico deve apresentar, nos encontros iniciais, uma escuta bastante cautelosa. A busca por ajuda terapêutica é um processo que, por si só, merece atenção e análise. É um engano pensar que todo cliente traz, nos encontros iniciais, uma descrição ampla e fidedigna de sua história, de sua situação atual e de suas reflexões e hipóteses acerca de sua queixa. Deve-se lembrar que o cliente, ao buscar por ajuda psicológica, depara-se com uma situação que, para muitos, nem sempre é confortável: expor-se a uma pessoa desconhecida, relatando suas dificuldades, limitações, apreensões, falhas, etc.

Nessa situação, é esperado que o cliente se sinta receoso, afinal, ele está relatando aspectos de sua vida que não são tidos como “positivos” pelas pessoas de seu convívio. Assim, estaria o clínico, de fato, preparado para ouvir e compreender o que o cliente tem a dizer? Esta é uma pergunta que muitos clientes se fazem quando começam um processo de análise. Esse receio do cliente pode ser explicado pelo fato de o clínico também fazer parte de uma sociedade com valores e crenças específicas a respeito da vida.

Não seria confortável para o cliente, ao procurar um profissional para ajudá-lo a lidar melhor com questões que lhe trazem sofrimento, sentir-se de alguma forma rotulado pelo clínico como “inadequado”, “fraco”, “sem valor”, “fútil”, “malvado”, “egoísta”, etc. Portanto, não é raro observar clientes testando até que ponto podem, de fato, relatar com tranquilidade as questões que os incomodam. Tais “testes” podem ser ilustrados por comportamentos como:

a) Relatar apenas trechos de situações por eles vivenciadas (nesse caso, trechos que inicialmente contenham poucos conteúdos que em sua história foram punidos por pessoas que fazem parte de sua vida – pais, irmãos, namorado(a), amigos, colegas de trabalho, etc.). Exemplo: um cliente que está considerando a possibilidade de comprar uma carteira de motorista pode dizer, de início, que tem encontrado dificuldades em passar no exame de direção e que, nessas situações, a vontade que sente é de comprar uma carteira.

b) Falar de problemas pessoais, porém, utilizando-se de outras pessoas para tal: Exemplo: dizer que uma amiga, depois de tanto tentar passar no exame de direção, acabou desistindo e comprou a carteira.

c) Falar de problemas pessoais, porém, utilizando-se de material divulgado em telejornais, revistas semanais ou outros meios de comunicação para tal. Exemplo: comentar na sessão sobre a reportagem da TV sobre a apreensão de pessoas que compraram carteiras de motorista.

d) Perguntas diretas, ao analista, sobre a opinião e posicionamento dele em relação a certos assuntos. Exemplo: um cliente pode, antes de dizer que está pensando em comprar uma carteira de motorista, sondar diretamente a opinião do clínico a respeito de comportamentos rotulados pela sociedade como “não éticos” ou “errados”.

e) Relatar ao clínico atitudes que tem pensado em tomar, mas, logo em seguida, explicitar que, apesar de pensar em emitir tais respostas, sabe que é errado e que não faria isso. Exemplo: o cliente diz: “Está

tão difícil passar no exame de direção, e eu já gastei tanto dinheiro com isso que, às vezes, me dá vontade de comprar uma carteira de motorista! Mas eu sei que isso é errado, então, eu nunca faria isso!”.

Em todas essas situações, o cliente pode averiguar como o clínico responde. Ou seja, investigar se o profissional age de forma similar ao modo como outras pessoas de seu convívio fazem (punindo essas respostas – através de críticas, piadinhas maldosas, humilhações, repreensões verbais, etc.) ou se ele adota uma postura diferenciada, no sentido de acolher e não julgar suas atitudes. Essa segunda postura do clínico se refere ao que, na análise do comportamento, é chamado de audiência não punitiva.

Skinner, ao abordar a psicoterapia enquanto uma das agências que exercem controle sobre o comportamento, apontou a importância da audiência não punitiva como uma das principais técnicas terapêuticas, especialmente no início de um processo analítico. Segundo o autor, o processo através do qual um clínico passa a funcionar como uma audiência não punitiva pode levar tempo. Isso porque, inicialmente, o cliente vê o clínico como mais uma pessoa dentre as tantas que exercem controle aversivo sobre sua vida. Para alterar essa imagem que o cliente possa vir a ter do analista, é necessário que este evite ao máximo o uso da punição. Assim, o clínico

precisa fornecer uma escuta diferenciada, na qual não desaprove nem critique nenhum dos comportamentos emitidos ou relatados pelo cliente. (cf. Skinner, 1953/2000).

A postura do clínico como uma audiência não punitiva pode funcionar, então, nas sessões iniciais, como ocasião para o cliente voltar a emitir comportamentos que foram suprimidos pela punição. Assim, a cliente que evitava falar sobre sua ideia de comprar uma carteira de habilitação, ao insinuar o assunto e ser acolhida, pode falar abertamente sobre isso, sem medo da reação do analista. Isso quer dizer que, se a contingência de punição não se estabelecer no contexto clínico, é provável que o cliente passe a relatar, no consultório, coisas que faz e que são classificadas pela sociedade como “erradas” ou “inadequadas”. E, posteriormente, por não ser julgado pelo clínico, pode passar a se comportar de tais formas em seu dia a dia, assumindo as consequências de tal posicionamento.

Para Skinner, o principal efeito do processo de análise é a extinção de alguns efeitos da punição. E isso será possível, de acordo com ele, a partir do momento em que o clínico fizer com que o cliente emita respostas que previamente foram punidas (ou fale sobre tais comportamentos) em sua presença.

Sidman (1989/1995), ao discutir a punição enquanto uma das formas de controle coercitivo, apresenta alguns de seus efeitos colaterais, ou seja, alguns efeitos não pretendidos pelas pessoas que se utilizam da punição como uma forma de controle do comportamento. Aplicando ao nosso caso, três desses efeitos têm implicações fundamentais para o bom andamento do processo clínico,

principalmente em seu início: o comportamento de fuga, o comportamento de esQUIVA e a punição condicionada. Caso o clínico não se estabeleça enquanto uma audiência não punitiva, tais efeitos provavelmente serão observados. Ou seja, quando o clínico abordar assuntos delicados para o cliente, diante dos quais este geralmente sofreu punição no passado, pode-se esperar que ele emita respostas de fuga (mudando de assunto, por exemplo, quando o analista questiona a cliente sobre as possíveis consequências aversivas da compra da carteira de habilitação, questionamento este que já foi feito por amigos da cliente).

Por outro lado, pode-se observar o cliente emitindo respostas de esQUIVA, gastando assim um tempo grande da sessão discutindo acontecimentos de menor relevância, impedindo que haja espaço para o analista tocar em pontos difíceis para o cliente. Por exemplo, a cliente fica contando detalhadamente o que ocorreu no final de semana e não discute a compra da carteira de habilitação que tem lhe gerado sofrimento.

Para completar, o próprio analista, bem como o setting terapêutico, podem começar a exercer funções aversivas que evocam respostas de fuga ou esQUIVA do cliente. Além disso, as próprias sensações corporais sentidas pelo cliente como aversivas nesse tipo de situação, e que geralmente precedem seu relato, também passam a funcionar como aversivos dos quais ele tenta se esQUIVAR. Indícios de que isso esteja acontecendo são faltas e atrasos do cliente às sessões seguintes. Obviamente, nenhuma das situações acima é favorável ao estabelecimento de um bom vínculo terapêutico e à continuidade do processo clínico.

Não é difícil, portanto, vislumbrar a extrema relevância da audiência não punitiva. Caso ela seja implementada, “o paciente se sente menos errado, menos culpado, ou menos pecador” (Skinner, 1953/2000, p. 404).

Diante da baixa probabilidade de um indivíduo emitir verbalizações totalmente correspondentes aos eventos de sua vida nos primeiros encontros com um desconhecido, o clínico deve assumir, além de uma postura não punitiva, uma escuta cautelosa daquilo que o cliente relata. Com esta escuta, o clínico buscaria identificar na situação clínica e na história de reforçamento compartilhada com o cliente os determinantes das verbalizações deste, evitando, assim, que conteúdos importantes passem despercebidos por não estarem explícitos em tais verbalizações.

Quando se fala de uma escuta cautelosa, no sentido de o clínico discriminar cuidadosamente aspectos do comportamento do cliente que está a sua frente, é importante lembrar que o cliente em sessão emite respostas verbais e não verbais; sendo assim, o analista deverá estar atento aos dois conjuntos de comportamentos.

A análise envolve predominantemente comportamentos verbais; sendo assim, faz-se necessário definir comportamento verbal. Comportamento verbal pode ser vocal ou não vocal (gestos, texto escrito, linguagem de sinais, etc.). O comportamento verbal é um comportamento operante que é caracterizado por estabelecer uma relação mediada com o ambiente e produz efeito primeiramente no outro (ouvinte), especialmente treinado em sua comunidade verbal a agir como tal. Isso quer dizer que o comportamento verbal pode ser

selecionado pelo efeito que produz no ouvinte, sendo que o ouvinte pode ser a própria pessoa que está agindo. Por isso, é preciso ficar atento à maneira como o clínico consequência os relatos do cliente (reforçando, punindo ou colocando-os em extinção).

Ao fazer a análise do comportamento verbal em termos funcionais, Skinner, no livro *Comportamento verbal* (1957), propôs uma classificação em operantes verbais distinguidos pelas variáveis que os controlam (antecedentes e consequentes) e pela topografia que apresentam. Skinner classificou os operantes verbais em seis tipos: mando, tato, ecóico, textual, transcrição e intraverbal. Também classificou o autoclítico como um operante verbal secundário. Pela alta frequência com que ocorrem em um processo de análise, abordaremos aqui apenas três operantes (tato, mando e intraverbal) e algumas de suas distorções.

O cliente, na sessão, pode relatar o que aconteceu com ele (no passado), o que está acontecendo (no presente), o que provavelmente acontecerá (no futuro) ou dizer sobre o que ele está sentindo. Em todos esses relatos, caso ele esteja sob controle do que realmente ocorreu ou está ocorrendo, essas descrições verbais são classificadas como tatos. O tato é uma resposta verbal controlada por um estímulo antecedente não verbal e o reforço para sua emissão é generalizado; nesta resposta verbal, o controle sobre o responder está na relação com o estímulo antecedente.

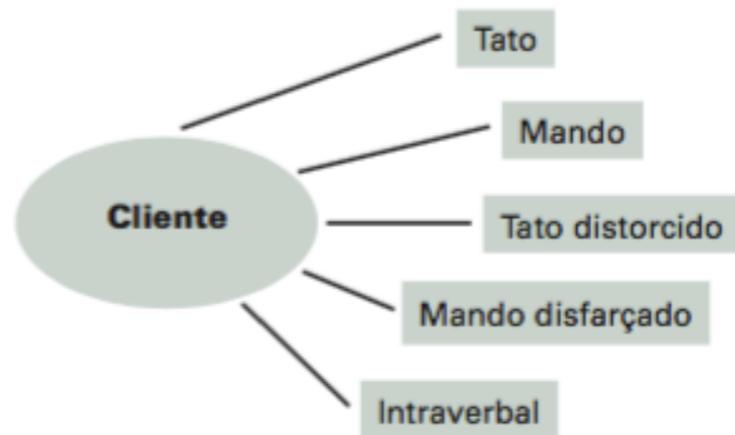


FIGURA 14.1 Operantes verbais mais comumente emitidos pelo cliente em análise.

Para ilustrar a emissão de tato, pode-se pensar em uma situação em que o clínico pergunta sobre o final de semana e o cliente responde com uma descrição sob controle dos acontecimentos que de fato ele vivenciou; seguindo-se a esse relato, o clínico diz “hum, hum”. O relato verbal do cliente, nesse caso, está principalmente sob controle do estímulo antecedente (final de semana), e não sob controle de outra variável fornecida pelo analista.

Em contato com contingências aversivas, o comportamento verbal pode sofrer distorções, que são formas de esquiva ou fuga de possíveis punições. Se o cliente sofreu punições ao emitir relatos fidedignos em sua vida, pode ter aprendido a distorcer ou omitir fatos, não emitindo relatos fidedignos. Caso uma cliente tenha vivido uma situação aversiva ao relatar para pessoas que ela frequenta uma casa de swing, e que é assim que se diverte aos finais de semana, ela pode não relatar essas informações ao clínico nas primeiras sessões, quando lhe é solicitado um relato sobre atividades de lazer; em vez disso, diz que

foi a uma festa – esse é um exemplo de tato distorcido. O tato distorcido é uma descrição verbal que sofre modificação devido ao efeito que exerce sobre o ouvinte.

O cliente no consultório também realiza pedidos e solicitações; esses relatos são classificados como mandos. Mando é um operante verbal que tem uma consequência reforçadora específica que é importante para o falante devido a uma situação de privação ou estimulação aversiva. Ao emitir um mando (por exemplo, fazer um pedido), o cliente aguarda um efeito específico sobre o ouvinte. Por exemplo, durante o atendimento, o cliente, que passa por dificuldades financeiras, pode perguntar ao clínico se é possível uma redução no valor da sessão; essa resposta verbal só é reforçada pela resposta afirmativa do clínico.

O mando pode, assim como o tato, descrito anteriormente, sofrer manipulações, caso o cliente tenha sido punido ao emití-lo em outra situação. Pode-se pensar em uma situação na qual o clínico apresenta o valor de sua sessão e o cliente diz: “Estou passando por algumas dificuldades financeiras no momento”. O cliente não solicita diretamente uma redução no valor da sessão (mando), apenas relata que está passando por dificuldades financeiras. Em relação à forma, o relato se assemelha a um tato; no entanto, é bem possível que seja emitido para exercer função de mando, ou seja, um pedido de redução no valor de forma indireta. Esse tipo de resposta é nomeada de mando disfarçado. Mandos disfarçados são respostas verbais que possuem forma de tato; no entanto, estão sob controle de consequências específicas como um mando, ou seja, têm função de mando.

Uma mãe, ao levar o filho ao psicólogo, pode relatar que ele está hiperativo; no entanto, ao ser solicitada pelo clínico que descreva o que está acontecendo, a mãe apresenta dificuldade para relatar e repete a informação que recebeu na escola. Nesse caso, a mãe não está sob controle dos comportamentos emitidos por seu filho, mas sim do que foi dito pela escola (estímulo antecedente verbal). Nesse caso, não apresenta um tato, mas um intraverbal. O operante intraverbal é controlado por estímulo discriminativo verbal, e as consequências que mantêm esta resposta são reforçadores generalizados.

Skinner ressalta que operantes intraverbais são comuns, como muitas vezes ocorre com as respostas verbais de uma interação social simples, como, por exemplo, “Como vai você?”, e ocorre a resposta verbal “Bem, obrigado”. Se em tal interação a resposta for controlada pela estimulação verbal e não por qualquer outro estado ou estimulação presente, como, por exemplo, o estado corporal do falante, então a resposta será um intraverbal. Podemos pensar aqui que, na interação verbal com o cliente, o clínico deve estar atento para identificar se o cliente está emitindo um tato ou intraverbal. Quando o cliente responde à pergunta “Como foi a sua semana?” dizendo que “Foi boa.”, a princípio não é possível distinguir se essa resposta corresponde realmente a um tato ou a um intraverbal.

Ter acesso a correlatos públicos do comportamento do cliente e também solicitar que ele descreva de forma mais minuciosa seus comportamentos são formas de criar condições para a emissão de tatos, que são importantes em um processo terapêutico. É necessário

que o clínico forneça condições para emissão de tatos por meio de perguntas, para fazer com o que o cliente aprenda a relatar o que ele fez, em quais condições e os efeitos produzidos. Caso o clínico apresente suas próprias análises ao cliente, corre-se o risco de este repeti-las em sessão (intraverbalizar) sem ter aprendido a analisar ou descrever o seu comportamento sob controle do que realmente ocorreu com ele. Caso o clínico reforce intraverbais, corre-se o risco de o cliente passar a dizer aquilo que é reforçado (sob controle do efeito no clínico) e não o que realmente ocorreu.

Pode-se argumentar que, se estamos falando de escuta, esta diria respeito somente ao comportamento verbal-vocal, ou seja, a fala. No entanto, há pelo menos dois aspectos que devem ser ressaltados:

- a) o comportamento verbal pode ser não vocal (gestos de cabeça para um lado e para o outro, por exemplo, podem ter a mesma função da verbalização “não”); e
- b) é comum haver incongruências em relação àquilo que o cliente diz e o modo como ele se expressa diante do clínico.

Portanto, comportamentos não verbais, como gestos e expressões faciais que acompanham o comportamento verbal, podem fornecer ao clínico dicas das prováveis contingências que estão vigorando e sinalizar uma provável distorção do relato verbal.

O clínico pode identificar possíveis incongruências entre as respostas verbais e as respostas não verbais emitidas por seu cliente. Assim, a não correspondência pode sinalizar que existem fontes de controle diferentes sobre os dois tipos de respostas. Segundo Skinner, os comportamentos correlatos públicos podem fornecer informações

sobre os comportamentos e estados corporais sentidos. Por consequência, são também dicas do que o cliente está vivendo. Por exemplo, o cliente relata que está se sentindo bem (resposta verbal), no entanto, está lacrimejando, contraindo o queixo e esfregando uma mão contra a outra (respostas não verbais). Nesse exemplo, o clínico deverá identificar uma possível incongruência entre o que o cliente diz e o que ele sente. Podem-se identificar dois controles vigorando: um sobre o relato verbal e outro sobre a resposta não verbal. Provavelmente, o cliente está distorcendo a descrição dos seus sentimentos (tato distorcido) ou está respondendo por convenção social (intraverbal).

Identificar os operantes verbais básicos emitidos pelo cliente pode ser uma tarefa relativamente fácil. No entanto, muitos aspectos concorrem para uma correta identificação de tatos distorcidos, mandos disfarçados e intraverbais emitidos pelo cliente nas sessões iniciais. É preciso levar em consideração que as interações do analista com o cliente ficam sob controle de diversos aspectos, a saber:

- a) os comportamentos verbais e não verbais emitidos pelo cliente;
- b) orientações teóricas e práticas da abordagem analítico-comportamental, e
- c) história profissional e pessoal do clínico.

Sendo assim, quando o cliente faz um relato que não corresponde precisamente aos eventos de sua vida (tato distorcido), ou quando parece estar descrevendo algo mas está, na verdade, solicitando alguma coisa ao clínico (mando disfarçado), é possível que o clínico não identifique essas outras funções por conta de sua história pessoal

ou da história de interação com outros clientes. Isso é especialmente comum no caso de clínicos iniciantes, que, durante o atendimento, muitas vezes estão inseguros, ansiosos e respondendo muito sob controle de regras (“Nesta situação, meu supervisor me orientaria a...”), de estimulações internas (“Estou tremendo tanto... será que o cliente está percebendo?”), sob controle de reforçadores dispostos pelo cliente (“Será que ele vai gostar de mim como clínico?”) e, não raro, apresentam pouco domínio da teoria que deveria fundamentar sua prática.

A partir dessas considerações, pode-se concluir que, para identificar as nuances das funções das verbalizações do cliente, é preciso que o clínico esteja, tanto quanto possível, sob controle do “aqui e agora” das relações que o próprio cliente estabelece entre suas verbalizações e as reações do clínico. É preciso, portanto, estar atento à interação com aquele cliente específico, à construção daquela história particular. Que funções a fala do cliente tem naquele momento? A que contextos esta fala está relacionada? Se o clínico ficar sob controle do que “geralmente” aquela verbalização significa, ele pode perder informações importantes sobre a vida do cliente e sua maneira de se relacionar com seu ambiente – físico e social. O clínico analítico-comportamental deve sempre lembrar que o significado dos comportamentos é dado por sua função, e é construído na interação com o ambiente, e não por sua topografia ou pela forma como ele é emitido. Ou seja, para definir determinada verbalização como uma descrição (tato) ou como um pedido (mando), o clínico deve dar menos importância à sua forma e buscar identificar o contexto em que tal

verbalização é emitida e/ ou os efeitos que ela produz – no caso, neste ambiente específico, o terapêutico.

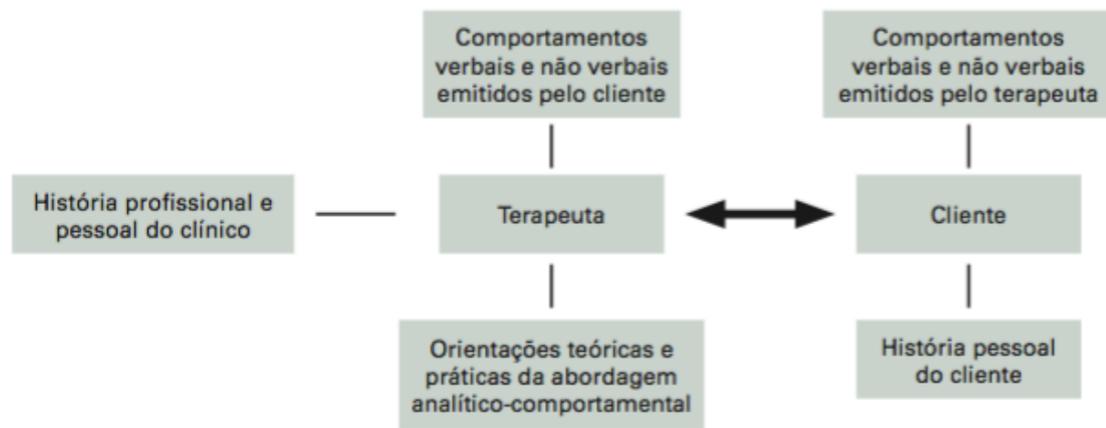


FIGURA 14.2 Apresentação das variáveis que controlam o comportamento do clínico e do cliente em uma interação verbal.

A partir do que foi apresentado, conclui-se que o que está sendo chamado de uma escuta cautelosa envolve a postura de audiência não punitiva e a identificação das variáveis que controlam os comportamentos verbais e não verbais do cliente, bem como os comportamentos do próprio clínico. Em se tratando de uma relação na qual tanto o analista quanto o cliente são ouvintes e falantes, e emitem respostas verbais e não verbais, espera-se que o clínico observe com cautela seus próprios comportamentos verbais e não verbais. O clínico deve apresentar comportamentos não verbais não punitivos e congruentes com os comportamentos verbais (também não punitivos). Para garantirmos a audiência não punitiva tão valorizada quando se trata da relação terapêutica, o clínico deve necessariamente desenvolver auto-observação sobre esses dois grupos de comportamentos emitidos por ele próprio em sessão.

Uma escuta cautelosa é desenvolvida a partir do repertório de auto-observação do clínico e da sensibilidade ao comportamento do cliente (produzidos por meio de supervisão clínica com clínicos experientes e a submissão a processo de análise pessoal), bem como de estudos contínuos sobre a abordagem analítico-comportamental e seus pressupostos norteadores.

REFERÊNCIAS

Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1989)

Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1957)

Skinner, B. F. (2000). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Referência deste capítulo

Santos, H. M; Santos, M. R. M. & Marchezini-Cunha, M. (2012) **A escuta cautelosa nos encontros iniciais: a importância do clínico analítico-comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal**. Em: Borges, B. N. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed

Psicoterapia Analítico-Funcional: a relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica

Fátima C. de S. Conte
Maria Zilah S. Brandão

A relação entre o terapeuta e o cliente foi amplamente estudada por todas as abordagens psicoterápicas, incluindo a psicanalista e a humanista, por constituir-se num elemento terapêutico e permitir observações e interpretações do comportamento do cliente. Já a abordagem comportamental por muito tempo desconsiderou a real importância da relação terapêutica para o processo psicoterápico. A utilização de teorias, técnicas e conceitos da análise comportamental era considerada tão importante que a relação terapêutica era vista apenas como uma instância, o "ambiente", onde tais aspectos poderiam ser aplicados e testados. Além disso, pretendia-se que as mudanças ocorridas por meio das técnicas usadas se generalizassem para o ambiente natural do cliente. Observe-se aqui que o termo "ambiente natural" era usado em oposição a "ambiente terapêutico" que, então, por dedução, não era natural.



O Behaviorismo Radical aplicado à clínica, chamado hoje Análise Comportamental Clínica (ACC), que permitiu a melhor compreensão dos princípios e conceitos skinnerianos, propiciou a análise da relação terapeuta-cliente e, desta forma, levou os terapeutas a enxergarem o óbvio: a relação terapêutica como ambiente natural. Ela faz parte da vida do cliente e na Psicoterapia pode-se ver, "ao vivo", os comportamentos-problema que acontecem lá fora. É claro que, caso se queira restringir o termo "problemas do cliente" às queixas comportamentais específicas que prescindem de uma análise funcional, não se verá os comportamentos-problema ocorrendo na sessão. Mas esse não é o objetivo da ACC; para esse enfoque, interessa identificar classes comportamentais que reúnam comportamentos que podem ser topograficamente diferentes, mas que são funcionalmente semelhantes ou comportamentos aparentemente iguais que são funcionalmente diferentes.

A definição de classes de comportamentos funcionalmente semelhantes é feita pelo terapeuta, a partir dos relatos do cliente sobre a sua ação no dia-a-dia e, principalmente, da observação da relação que ocorre entre terapeuta e cliente, dentro da clínica, durante as sessões. Nesse sentido, o terapeuta busca observar a regularidade entre condições antecedentes, respostas do cliente e conseqüentes. A partir daí, infere uma classe de ações, perante uma classe de antecedentes e uma de eventos conseqüentes. Diferentemente dos trabalhos em ambiente controlado e em pesquisas experimentais, esta inferência é genuína para cada cliente e suficiente para indicar ao terapeuta qual será o curso das suas intervenções propriamente ditas.

Contudo, para entender o "caso" do cliente e "fazer terapia", só isso não é suficiente. Importa também conhecer a história de vida da pessoa, pois é ela que, provavelmente, transformou para ele alguns estímulos neutros em discriminativos ou reforçadores e modelou as respostas que são mais facilmente apresentadas por ele numa dada situação do que em outra (repertório). Portanto, conhecer o repertório atual do cliente, a história de aquisição de seus comportamentos e a função dos comportamentos-problema é importante. Tão importante quanto avaliar as condições médicas e fisiológicas do cliente que, como eventos disposicionais, podem afetar tríplices relações de contingências (Meyer, 1997).

A generalização dos princípios do Behaviorismo Radical para a clínica e, principalmente, para a relação terapêutica, foi sugerida e

expandida, em termos de proposta de abordagem clínica, por Kohlenberg e Tsai em 1987, sob o nome de Psicoterapia Funcional Analítica (FAP).

A FAP é uma proposta psicoterápica formulada para atender a adultos e que se propõe a ser, ao mesmo tempo, um resgate e um avanço na aplicação do Behaviorismo Radical à terapia comportamental. Parte do princípio de que a explicação para a mudança dos pacientes está no calor da relação terapêutica. Ela entende a terapia como um processo que modifica tanto o paciente quanto o terapeuta. Nesse sentido, entende que: "a relação terapêutica é o próprio coração da psicoterapia, é o veículo da mudança terapêutica..." (Greben, 1981 apud Kohlenberg e Tsai, 1987). A FAP conduz o terapeuta a uma relação sensível, genuína e de cuidado com seu cliente, enquanto se beneficia das definições precisas, claras e lógicas de seu referencial teórico.

FUNDAMENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DA FAP

Resumidamente, descreveremos a seguir os aspectos da fundamentação teórico-filosófica que estão presentes no processo de tomada de decisão que o terapeuta adota na FAP:

1) É alinhada filosoficamente ao Behaviorismo Radical. A análise clínica é desenvolvida a partir da análise funcional do comportamento. As características do Behaviorismo Radical, que devem acompanhar a análise clínica, são o funcionalismo, o contextualismo, o monismo e o antimentalismo. Os níveis de seleção da espécie são filogenético, ontogenético e cultural e constituem-se nos determinantes causais do comportamento.

2) Emprega a análise funcional do comportamento verbal de Skinner (1957/1978) e Hayes (1987, 1991 e 1994).

Embora a extrapolação dos princípios da análise do comportamento com animais seja importante, a análise da interação verbal que ocorre na prática clínica é essencial e isso leva à busca de compreensão do comportamento verbal, à luz das pesquisas atuais da área. Com base nesse referencial, podem ser tomadas as decisões sobre as

intervenções terapêuticas que serão feitas ou então analisar, a posteriori, tais decisões.

A primeira coisa que o cliente faz ao iniciar o processo é relatar o que lhe ocorre, ocorreu ou acredita que possa ocorrer em decorrência de seus problemas, de acordo com o grau de conhecimento que possui. Tudo o que o terapeuta precisa saber inicialmente, mas não tem acesso direto, lhe é apresentado pelo cliente verbalmente. O relato verbal inclui-se, portanto, na categoria de operante verbal que Skinner denomina tato (Skinner, 1978). Tal operante verbal tem uma relação de correspondência com o mundo externo e a precisão desta relação é resultado da maneira pela qual a comunidade verbal estabelece, com cada indivíduo, seu repertório de tatos. Os tatos do cliente permitem que o terapeuta faça inferências sobre este "estado de coisas" ao qual ele não tem acesso direto. Se uma pessoa não tem um bom autoconhecimento (e uma pessoa pode ignorar muitas coisas a respeito de si própria), seu relato será pouco preciso.

Trabalhos recentes sobre equivalência de estímulos e formulação de regras mostram que o comportamento verbal afeta o comportamento verbal posterior e outros comportamentos não-verbais.

Muitos clientes também freqüentemente falam metaforicamente nas sessões de terapia como forma de evitar punição, e seus comportamentos requerem alguma interpretação por parte do terapeuta.

3) Utiliza os conceitos básicos da análise do comportamento, com ênfase na observação, reforçamento natural, modelagem direta dos comportamentos ocorridos na sessão e generalização comportamental.

3.1) **Reforçamento:** acredita-se que os efeitos do tratamento serão mais fortes se os comportamentos-problema observados e as melhoras do cliente acontecerem durante a sessão, mais próximos no tempo e no espaço, do "reforçamento" apresentado pelo terapeuta.

Outro traço da FAP é que as melhoras no comportamento do cliente devem ser reforçadas, e se o terapeuta não souber utilizar o reforçamento natural, corre o risco de explorar exageradamente o uso do reforçamento arbitrário e dificultar generalizações. Desta forma, a FAP propõe a utilização do reforçamento natural, que é contingente a uma classe maior de respostas, além de ser necessariamente benéfico para o cliente, considerando os objetivos terapêuticos.

Kohlenberg (1987) fala que o terapeuta deve ter no seu repertório os comportamentos do cliente que serão reforçados, com objetivo de facilitar a observação e a discriminação destes na sessão, no momento em que estão ocorrendo. Ainda, deve desenvolver um conjunto de respostas que tenha efeito naturalmente reforçador para muitas pessoas.

3.2) **Modelagem direta:** o fato de o comportamento desejado ocorrer na sessão facilita a especificação dos passos em direção a ele; a administração do reforçamento contingente à sua ocorrência e a observação dos efeitos do reforçamento sobre o comportamento.

3.3) **Observação:** é, de fato, um método importante para a identificação e a análise do comportamento e está valorizada na proposta da FAP. Quando o terapeuta observa diretamente o comportamento do cliente, ele pode levantar suposições sobre o controle de estímulos e o contexto que afeta o comportamento do cliente na sessão e fora dela. Contudo, o que se passa sob a pele do cliente - seu mundo privado - e que muito interessa à Psicoterapia, só pode ser diretamente observado por ele mesmo. Assim sendo, é o cliente que, de alguma forma, precisa se observar e expressar-se apropriadamente, para dar ao terapeuta o acesso ao seu mundo privado. É necessário que o terapeuta encoraje o cliente a se auto-observar e a falar sobre o que ele está vendo, relacionando o que é privado com aquilo que é publicamente observável, no momento da sessão. Tal processo de observação é desejável no Behaviorismo

Radical. Na verdade, o terapeuta repete aqui, com o cliente, os mesmos processos utilizados pela comunidade verbal em geral, para modelar a fala sobre eventos privados.

3.4) A **questão da generalização**: se o comportamento problemático de um cliente ocorre na sessão terapêutica, que aparentemente não representa o ambiente natural do cliente, é porque ela guarda uma similaridade funcional com o ambiente de sua vida diária. Por exemplo, um homem que apresenta problema de hostilidade em seus relacionamentos pode mostrar que o contexto terapêutico é similarmente funcional ao seu ambiente diário, ao apresentar hostilidade em várias situações de sua relação com o terapeuta. Se os comportamentos que ocorrem no dia-a-dia do cliente também aparecem na clínica, o mesmo pode ocorrer em direção contrária; isto é, os comportamentos que aparecem em sessão poderão aparecer também no dia-a-dia do cliente.

Além disso, a FAP propõe momentos em que a relação entre o comportamento do terapeuta e do cliente é discutida francamente, em benefício do cliente, momento este em que também ocorre a busca de sua correspondência entre a relação ali estabelecida e as demais que o cliente estabelece fora da clínica. Essa é, portanto, uma oportunidade para o desenvolvimento dos comportamentos de auto-análise e autogerenciamento que o cliente pode utilizar em várias situações de sua vida.

4) Trata-se de uma **psicoterapia interpessoal**, que tem como objetivo ajudar os clientes a resolver os problemas de suas vidas diárias que também acontecem durante as sessões. Considera que a sessão terapêutica ocorre num contexto de um relacionamento interpessoal e evoca muitos comportamentos-problema do cliente, os quais representam suas dificuldades nessa área. O limite, portanto, para o uso de FAP, está na abordagem a problemas clínicos que estejam ligados ao contexto de relacionamentos interpessoais.

O setting terapêutico é definido por duas pessoas que falam sobre os problemas de um deles, num contexto interpessoal que requer intimidade, revelação, confiança e honestidade. Para que essas características existam de fato, devem ser excluídos do contexto todos os estímulos associados à avaliação, rejeição ou punição social. Isso aumenta a probabilidade de que uma variedade de comportamentos relevantes dos clientes apareçam nesse contexto (Skinner, 1953,1957).

Presumivelmente, os clientes desejam comunicar seus problemas e interagir honestamente com o terapeuta, mas podem não se arriscar a fazê-lo diretamente, no início. Como Skinner (1953,1957, apud Kohlenberg e Tsai, 1987) sugeriu, este é exatamente o tipo de situação que evoca a comunicação metafórica ou disfarçada e que requer alguma interpretação, como já mencionado antes. O terapeuta deverá analisar a interação, procurando entender a função e o significado daquela fala, a partir das contingências de reforçamento que operam no contexto terapêutico.

A FAP considera que os problemas do cliente, mais frequentes em clínica, são conseqüências de um história de fuga ou esquiva de situações interpessoais aversivas que podem ser desencadeadas a partir da relação terapêutica. Nesses casos, é papel da FAP promover, na sessão, o bloqueio de esquiva de situações interpessoais aversivas e a aceitação das reações emocionais associadas a ela. Espera-se, assim, levar à extinção das respostas emocionais associadas às situações aversivas condicionadas.

PROPOSTA CLÍNICA DA FAP

A FAP propõe a análise da relação terapêutica como "foco" da Psicoterapia e ocasião ideal para a utilização dos princípios e técnicas da análise comportamental. A análise da relação terapêutica é a principal estratégia de mudança.

Kohleberg e Tsai (1987) sugeriram o agrupamento dos comportamentos do cliente e do terapeuta nos seguintes tópicos:

1) Comportamento clinicamente relevantes do cliente (CRBs) que podem acontecer durante a sessão. Esses são os comportamentos-alvo da Psicoterapia:

- CRB1 - Instâncias do comportamento que acontecem durante a sessão terapêutica e que são ocorrências do problema clínico. Os CRBs mais típicos estão sob o controle de estímulos aversivos e consistem em esquiva dessas situações. As desordens do comportamento são geralmente observadas como estados emocionais negativos, que trazem sofrimento para as pessoas.

- CRB2 - Repertórios cuja ausência ou pouca força estão diretamente relacionada com o problema presente. Na medida em que os CRBs são trabalhados, há uma tendência de aumento na frequência desses comportamentos (CRBs2), o que geralmente indica melhora. Tais comportamentos serão modelados no decorrer da terapia.

- CRB3 - São repertórios verbais do cliente que correspondem a seus próprios comportamentos e às variáveis que o controlam (ou que os "causam"). Referem-se aos clientes falando de seu próprio comportamento e dos estímulos reforçadores, discriminativos, disposicionais e eliciadores associados a ele. É a aprendizagem da análise funcional. Inclui dar razões e interpretar o próprio comportamento (aberto ou encoberto) com base nos eventos externos.

2) Regras do terapeuta ou estratégias para promover as mudanças no comportamento do cliente.

A FAP oferece uma classificação para o comportamento do terapeuta em termos de regras gerais e não conselhos específicos.

O terapeuta deverá:

Regra 1 - (Observar) Desenvolver um repertório para observar possíveis instâncias do comportamento do cliente (CRBs) que acontecem durante a sessão terapêutica.

Regra 2 - (Evocar) Construir um ambiente terapêutico que fomente a evocação de comportamentos do cliente (CRBs). É inútil tentar criar um ambiente neutro. A relação interpessoal é evocadora de CRBs, mas também existem estratégias para evocá-los.

Regra 3 - (Reforçar) Criar condições para o reforçamento positivo do CRB2, isto é, desenvolver amplo repertório de reforçamento natural que possa ser utilizado contingente ao comportamento adequado do cliente.

Regra 4 - (Auto-observação) Desenvolver repertório de observação das propriedades potencialmente reforçadoras do comportamento do terapeuta que são contingentes às ocorrências do comportamento clinicamente relevante do cliente. Responder a perguntas do tipo "O que agrada ao meu cliente?", "O que faço que o deixa alegre, feliz ou triste?".

Regra 5 - (Analisar) Desenvolver repertório de descrição das relações funcionais entre as variáveis controladoras e o comportamento clinicamente relevante do cliente. Dar modelos de análises funcionais que levem o cliente à aprendizagem do autoconhecimento. Modelar auto-análises.

PSICODIAGNÓSTICO NA FAP

Os trabalhos desenvolvidos na clínica fundamentam-se num psicodiagnóstico dinâmico, construído e reformulado durante todo o processo psicoterápico e que sugere, em diferentes momentos, análises e intervenções diversas, mas

sempre embasadas na análise funcional dos comportamentos do cliente.

Para efeito de descrição do processo clínico, o psicodiagnóstico na FAP pode ser assim explicitado:

- 1) Queixa: é o comportamento identificado e descrito pelo cliente como "o motivo que o levou a procurar terapia". Geralmente, refere-se a sentimentos dolorosos para os quais o cliente busca uma resposta efetiva de fuga ou esquiva.
- 2) Histórico de vida: é a descrição dos eventos ocorridos no decorrer do desenvolvimento do cliente, desde antes do seu nascimento até o momento da terapia. Incluem-se aqui dados relativos à história familiar, social, escolar, conjugal, sexual e às reações emocionais associadas a elas.
- 3) Comportamentos atuais: parte-se da descrição da vida do cliente, hoje. Sua rotina, seus interesses e seus sentimentos. Inclui a análise de eventos presentes na época do início da queixa e os fatores que a podem estar mantendo.
- 4) Hipóteses diagnósticas: é o comportamento do terapeuta de ir relacionando os relatos do cliente sobre seu passado e presente às queixas que apresenta hoje, à luz dos princípios teóricos e filosóficos da análise comportamental e, dessa forma, levantar hipóteses sobre o problema (entendido como tríplice relação de contingência) do cliente. Os problemas são classes de comportamentais constituídas de comportamentos que vão sendo identificados no decorrer do processo.
- 5) Análise da relação terapêutica e identificação dos comportamentos clinicamente relevantes: nesse momento, o terapeuta debruça-se sobre a relação terapeuta-cliente e tenta discernir que comportamentos do cliente fazem parte das classes comportamentais identificadas até o momento,

a partir da análise do seu próprio comportamento. Com relação aos CRBs, o terapeuta pode estar agindo, segundo Kohlemberg e Tsai, como:

- a) Estímulo Discriminativo (provocando o operante);
- b) Estímulo Evocador (evocando respondentes);
- c) Estímulo Reforçador (interferindo na força de uma resposta); d) Evento Disposicional (alterando relações de contingências).

O terapeuta hipotetiza sobre como ele afeta o comportamento do cliente a partir de observações diretas e de questionamento sobre os sentimentos do cliente diante dele. Nem sempre esses questionamentos são apropriados a uma fase inicial da terapia porque podem produzir confrontações precoces e indesejadas.

Esses dados podem corroborar as hipóteses levantadas no item anterior ou podem não sustentá-las, sendo necessário, no último caso, refazer a análise. Se as análises são complementares, é possível começar a identificação dos prováveis comportamentos clinicamente relevantes.

6) Descrição dos CRBs¹ em termos claros e precisos, de forma a facilitar a observação dos comportamentos no decorrer da terapia. A descrição deve ser discutida com outros terapeutas e ser testada no decorrer da psicoterapia, para saber quais novos comportamentos podem estar incluídos nas classes.

7) Listagem dos CRBs² e 3, isto é, dos comportamentos do cliente que indicam melhora clínica e aquisição de autoconhecimento. Essa listagem pode facilitar a observação desses comportamentos no momento em que ocorrem.

PROCEDIMENTO CLÍNICO

No início do processo terapêutico, os procedimentos da FAP não são muito diferentes dos outros, mas, uma vez que o terapeuta tenha alguma idéia sobre o problema e as variáveis que o controlam, começa a buscar uma classe comportamental e comportamentos dessa mesma classe que ocorrem na sessão. Passa, então, a perguntar ao cliente sobre seus sentimentos, ações, sensações e pensamentos na sessão, bem como sobre a similaridade entre tais respostas e aquelas que ocorrem em outros ambientes. Assim, o próprio cliente ajuda a identificar os CRBs e a validar as observações do terapeuta. A identificação dos comportamentos do terapeuta (sentimentos e pensamentos) desperta do pelo cliente é o dado que complementa a análise.

Inicia-se, então, a FAP, que pode ocorrer associada a outros procedimentos terapêuticos ou como procedimento único; ter foco momentâneo ou dominar todo o processo desde esse momento. O terapeuta observa então a disposição do cliente para o enfrentamento e passa a fazer, junto a ele, a análise dos determinantes de comportamentos relevantes ocorridos em sessão e a modelar respostas novas de enfrentamento, entre outras, também adaptativas.

A análise da relação terapêutica junto ao cliente deve ser desenvolvida com cuidado, por se tratar de um procedimento que pode produzir comportamentos operantes e respondentes no cliente e levar a comportamentos de fuga e esquiva. Oliani,

S.; Brandão, M. Z. S. e Nascimento, A. B.(1997) propuseram um detalhamento dessa intervenção com o objetivo de facilitar o uso desse procedimento nas práticas clínica e de pesquisa. Assim, quando da ocorrência dos comportamentos clinicamente relevantes (CRBs), descritos anteriormente no psicodiagnóstico do caso, o terapeuta deverá, junto ao cliente:

2) **Sinalizar** a ocorrência do comportamento (CRB1) do cliente para ele mesmo, por meio de uma observação verbal ou pergunta. Vamos imaginar um caso onde o cliente, um rapaz de 28 anos, apresentava dificuldade relativa a nunca terminar o que começava e a mudar continuamente de trabalho e namorada. Esse cliente passava grande parte da sessão descrevendo as desvantagens do seu atual emprego. O terapeuta poderia dizer, por exemplo: "Você percebeu que até agora só me mostrou as conseqüências negativas de continuar nesse emprego?"

2) **Interpretar**, segundo o contexto da sessão o que a verbalização do cliente, aparente mente sob controle de eventos alheios à sessão, tenha a ver com a relação terapêutica do momento. Ex.: considerando o mesmo caso, o terapeuta diria: "Parece que você quer me convencer de que seu emprego é ruim. Estaria você me preparando para aceitar uma nova mudança de emprego?", "Está com medo de me decepcionar?"

3) **Perguntar** ao cliente como ele está se sentindo perante a análise do "aqui e agora" da relação terapêutica. Ex.: dando continuidade ao caso mencionado acima, "Como você se sente ao saber que estou entendendo suas argumentações como desculpas?"

4) **Descrever** para o cliente a reação que ele provoca no terapeuta. Ex.: "Perante tantos aspectos negativos, eu me sinto como se fosse compelida a também achar seu atual emprego ruim, e perco de vista as vantagens de continuar lá. Mas o mais importante é que sinto que isso é um jogo seu para evitar confrontos."

5) **Sugerir** e modelar a compreensão e a generalização dessas análises pelo cliente para outras situações que tenha vivenciado ou outros aspectos da relação terapêutica. Ex.: "Você já se sentiu assim, como eu, nessa ou em outras situações de sua vida? Como se estivesse jogando? Agora, por exemplo, você já está com vontade de mudar de assunto e impedir uma análise mais profunda de suas intenções? Ou quer enfrentar o problema?"

6) **Modelar** diretamente na sessão, via reforçamento natural, os comportamentos do cliente que indicam enfrentamento de situações aversivas e mudança apropriada no seu repertório comportamental (CRB2). Ex.: perante a verbalização do cliente de que concorda com a terapeuta e que está sentindo necessidade de acabar com esse questionamento e com o emprego atual porque não sabe o

que fazer para resolver os problemas que existem lá, o terapeuta poderia dizer: "Que bom que você está conseguindo analisar melhor esse assunto! Você conseguiu captar a essência do que eu queria te dizer. Acho que isso significa uma melhora para você! Vamos enfrentar as dificuldades que você tem aqui e no seu emprego atual; depois, você decidirá se haverá mudança."

7) **Reforçar** comportamentos do cliente de fazer análises funcionais "realistas" relativas a suas mudanças comportamentais na sessão e no seu dia-a-dia (CRB3). Ex.: "Estou percebendo e gostando de ver como você está observando suas próprias mudanças. É bom se conhecer melhor? As coisas estão tendo mais significado para você?"

Observações sobre o procedimento clínico

É comum o cliente tentar se esquivar ou fugir da análise da relação terapêutica. Nesses casos, é importante um procedimento de "bloqueio de esquiva", mas o terapeuta deve ter ações que sejam reforçadoras, contrabalanceando a aversividade desse procedimento. No processo de bloqueio de esquiva, o terapeuta deve ter o cuidado de não bloquear toda e qualquer esquiva por que bloquear é um comportamento aversivo e acarreta todos os efeitos associados a ele. No entanto, é objetivo do trabalho aumentar a tolerância emocional perante a confrontação'. O procedimento de bloqueio, quando

muito agressivo, pode levar à esquiva da terapia, à agressividade generalizada e à esquiva do comportamento desejável, em vez de promover tolerância emocional. Por outro lado, paradoxalmente afrouxar o bloqueio pode aumentar a força da resposta de esquiva e o estímulo amedrontador pode aumentar sua função de produzir ansiedade.

Fazer a análise funcional do seu próprio comportamento no momento em que ele ocorre é importante para o autoconhecimento e pode gerar auto-regras mais efetivas e aumentar o contato com variáveis de controle. A análise da interação permite ou é consequência do enfrentamento de situações-problema, principalmente as ligadas ao relacionamento interpessoal.

Ainda em relação ao procedimento clínico, é importante ressaltar que a observação dos CRBs é difícil para os terapeutas. Na prática de supervisão clínica relatada por Brandão (1996), há referência à dificuldade em se conseguir consenso entre profissionais sobre quais seriam os CRBs e, a partir dessa definição, observá-los na relação terapêutica. Acredita-se que o terapeuta pode encontrar dificuldades devido a alguns fatores, como:

- a) déficit no treinamento em observação;
- b) não possuir o comportamento a ser observado no seu repertório;
- c) esquiva da situação de confronto;

- d) não reconhecer comportamentos funcionalmente semelhantes;
- e) ficar preso a análises topográficas ou estruturais do comportamento do cliente. Há ainda, em alguns raros casos, a possibilidade dos CRBs não estarem ocorrendo na sessão. Nesse momento, cabe ao terapeuta evocá-los por meio de estratégias verbais que visem a amplificação dos sentimentos do terapeuta e do cliente na sessão, ou por meio de técnicas comportamentais que forneçam SDs ou evoquem os comportamentos clinicamente relevantes. Por fim, a espera e a escuta do terapeuta é uma estratégia de valor inesgotável.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na FAP, os resultados podem ser observados pelo terapeuta na própria sessão de psicoterapia. Espera-se um aumento na frequência dos CRBs2 e CRBs3 e diminuição ou modificação nos CRBs1. Vê-se portanto, que a definição prévia desses comportamentos é da maior importância.

Interessa também para avaliação os relatos sobre o cliente e sobre a generalização dos efeitos da psicoterapia para o dia-a-dia.

Observações informais do cliente fora da sessão também são importantes.

Como dito anteriormente, grande parte dos comportamentos-problema dos clientes constituem-se em esquiva de relações interpessoais consideradas aversivas. A relação terapêutica reproduz com frequência essas situações.

Considera-se que o resultado do processo terapêutico é positivo quando o cliente tem comportamento de enfrentamento dessas situações na sessão. Observa-se assim uma habilidade maior em lidar com aspectos dos relacionamentos interpessoais que anteriormente provocava a esquivia.

A APLICAÇÃO À POPULAÇÃO INFANTIL

A FAP e outras formas de análise da relação terapêutica têm sido usadas com crianças e adolescentes, com resultados promissores. Essa população tem apresentado os CRBs na sua interação com os terapeutas, se modelados, evidentemente, a partir do seu nível de desenvolvimento atual.

O exemplo a seguir ilustra, com o relato de uma sessão realizada com uma criança, tal possibilidade.

Cliente: Aletéia é menina de 9 anos de idade, cursa a 3ª série do Primeiro Grau (atualmente, Ensino Fundamental), tem os pais separados e mora com a mãe.

A queixa: dificuldades escolares, desorganização de rotina, alimentação errada, dormir com a mãe, reclamar demais, desânimo, choro freqüente, e dificuldade com amigos. A avaliação psicopedagógica não indicou distúrbios de aprendizagem.

1) A observação da terapeuta do CRB1

A terapeuta observou que Aletéia tinha um comportamento de resmungar (CRB1), em vez de lidar diretamente com os problemas, ou queixar-se quando não concordava com alguma

coisa (CRB2). Isso ocorria de maneira geral com amigos e familiares. Sua mãe era um modelo nesta direção e também reforçava tal comportamento da criança, fazendo qualquer coisa que ela quisesse (uma vez que nem mesmo a criança identificava muito bem o que queria), fazendo cessar a "resmungação". Como a criança se queixava anteriormente da pouca participação e atenção da mãe aos seus problemas, qualquer forma de atenção poderia estar fortalecendo o comportamento "resmungão".

2) Uma sessão de FAP

OBS.: Esta sessão ocorreu após cerca de oito meses de atendimento à criança e de orientação aos pais. Várias outras estratégias haviam sido utilizadas e, na época, a criança já fazia uma rotina melhor, realizando suas tarefas todos os dias, freqüentando outras atividades extraclasse de sua escolha, comendo regularmente, mas ainda tinha dificuldade com amigos. Já havia aprendido a falar sobre seus sentimentos, relacionando-os às situações em que ocorriam, a identificar as reações dos pais perante seus comportamentos, a levantar hipóteses sobre que comportamentos seus ou outros eventos poderiam estar relacionados ao comportamento dos pais. Enfim, vinha fazendo a análise de seu comportamento em várias situações, com a ajuda da terapeuta. Provavelmente, a terapeuta estava usando a FAP de modo informal nessa etapa.

A criança chegou reclamando de vir andando, das pernas, da preguiça e de tudo mais, e suspirando. Fez "dez reclamações

de (com) cinco suspiros num prazo de dois minutos", enquanto T estava terminando uma anotação para a secretária. T comentou "quanta reclamação" e um rapaz presente na sala comentou, brincando: "nunca vi tanta reclamação numa vez só! "Ela riu e parou. T percebeu que o "resmungar" (CRB1) poderia aparecer em sessão, naquele dia.

T = Terapeuta e C= Cliente

(1) A criança entra:

T —Oi, bonequinha, como vai você? (Procurando evocar o "resmungo"-CRB1.)

(2) - C - Tudo mal, chato (desanimadamente). (Ok, começa a aparecer o CRB1.)

(3) - Eu vi você chegar reclamando mil coisas... o moço também. (T continua a evocar o CRB t , de forma que ele fique bem claro para ela e a cliente.)

(4) - C - É... (baixo e desalentado). (Ok)

(5) - T - Puxa vida, reclamou bastante... Acho que agora vi aquela reclamação que todo mundo fala que você faz... (Idem)

(6) - C - (Ri, deitada no sofá, desalentada)...

(7) - T - É assim, então? Você, um monte de coisa ao mesmo tempo, baixinho, resmungando, tudo junto... tudo tá mal? (T descreve o que observa, para que ela confirme ou não se ó o CRB1, validando a observação.)

(8) - C - É. (E começa a rir, com cara de arte, validando a observação, a ocorrência do CRB1.)

(9) -T - Que legal, agora eu pude ver como é. (T procura não punir a apresentação do CRB1 e valorizar "sua sinceridade" e a relação que faz entre este CRB1 e o que

apresenta fora da clínica- início do CRB3.) Sabe como me sinto, o que tô pensando? Puxa, hoje a Aletóia tá chateada comi go, ela nem queria vir, melhor nem brincar com ela, acho que não vou conseguir fazer nada legal. Vou deixar ela ficar aí fazendo o que quiser, e nem conversar, vou ficar bem longe... (T descreve seus sentimentos e pensamentos, dando um modelo de expressão direta de encobertos e mostrando o efeito que este comportamento tem no relaciona mento.)

(10) - Tô nervosa, mas queria vir sim... (Ela começa a apresentar um CRB2, descrever melhor o que se passa.)

(11)- E o que é que você quer? Não sei o que é! Quer que eu agrade você? "Não tô entendendo". (T fala com humor, valorizando o começo de sua especificação sobre "o que não seria o problema", dando dicas para evocar uma especificação maior, o CRB2.)

(12) - C - Não, quero brincar com você, é que eu vim reclamando, só isso, porque minha mãe fez eu vir a pé. Ela quer fazer eu fazer tudo a pé, tô até emagrecendo, a minha perna até afinou... (Queixa mais objetiva, CRB2.)

(13) -T - Afinou? O que mais está acontecendo? A perna tá afinando... tem mais alguma coisa? (Com empatia, T procura valorizar e modelar gradualmente a reclamação mais objetiva, o CRB2. Parece que a forma como está fazendo está favorecendo a emissão de respostas desejáveis por parte da cliente, o CRB2.)

A criança então reclama que a mãe quer passar toda a responsabilidade das coisas para ela, que tem que fazer tudo sozinha, e que a mãe não estava fazendo nada agora e podia tê-la trazido de carro.

A criança consegue então formular a sua reclamação de forma que se pode, a partir dela, fazer uma análise do problema

(é o CRB2). Aliás, como já dito anteriormente, esta era uma queixa da criança sobre a mãe, sendo que ela e a mãe já haviam combinado das mudanças comportamentais. A mãe cumpriu, por um tempo, a sua parte, mas agora parecia ter voltado a deixar de atender à filha, o que era o seu padrão anterior.

Uma terapeuta aqui poderia seguir dois caminhos: ou discutir a relação mãe-criança e as alternativas que a criança teria ou procurar fazer a FAP continuar até promover a ocorrência do CRB2 e CRB3. T escolheu a segunda alternativa, por parecer mais relevante clinicamente.

(14) - T - Tô começando a entender, a mãe não tá fazendo as coisas que vocês combinaram e você tá chateada com isso. Agora tô entendendo que não é comigo, que é com a mãe, passou minha contusão, Se tosse comigo, eu ia tentar resolver com você, mas agora eu tenho que ajudar você a resolver com a sua mãe, nó? Que bom... e que chato a mãe ter ficado chata de novo. (T procura valorizar o comportamento de queixar-se, mostrando que sua fala mais direta encaminha para uma solução do problema e não cria um novo problema, no caso, entre a cliente e a terapeuta. Aqui, assinala as conseqüências "naturais" positivas que o C poderá ter no dia-a-dia.)

(15) - Diz então pra mim o que aconteceu? O que ela gostaria que a mãe fizesse era olhar a tarefa de vez em quando, levá-la de carro alguns dias para algumas atividades, assistir a um filme com ela, passear, fazer uma coisa de comer (o de sempre, como sempre falava, "das outras mães"). A mãe tinha melhorado, mas agora... não estava como antes (sic). (A cliente vai se tornando cada vez mais específica no CRB2 - formular reclamações objetivas.)

(16) - T - Sei, tô entendendo o que você tem feito, falou pra mãe e ?
A criança diz que não, porque "não deu tempo ainda", mas que reclama.

(17) - T - Você reclama igual fez aqui? (Procurando relacionar: CRB3) Se é assim, gemendo e resmungando, eu não sei qual é o problema nem a solução! Achei que era comigo. (T volta para a relação e para clarear o CRB1 e o CRB2.) Será que a mamãe sabe? Será que eu que não sei ou a mamãe, uma amiguinha também não sabem? (Mostrando que se ela apresentou o CRB1 com a mãe, provavelmente o problema não seria resolvido. Relaciona também as conseqüências do CRB1 para a T e explorando a possibilidade de ocorrer o mesmo efeito para a mãe e os amigos, dá um modelo de CRB3 para a cliente,)

(18)- Sabe (mãe) que tô nervosa, dá bronca, fala que é pra eu pedir para V. (Empregada.)

(19) - T - A mamãe pergunta o que é? Por que o nervoso? (T procura fazer a criança identificar o comportamento da mãe, perante seu "resmungo".)

(20) - C - Nem liga... (Ela descreve vagamente.)

(21) - T - Tá mau... A, qual é o problema, então: vamos falar juntas? (Ajudando a exemplificar melhor seu comportamento e o da mãe.) Você está sentindo falta da mãe, quer que ela te ajude e fique mais com você e não fique só deitada, vendo TV ou no telefone? É isso? Como ela estava na semana passada. É?

(22) - C - É, ela quer que eu seja responsável, mas não tudo, eu sou criança ainda... parece que ela não entende. (Melhora o CRB2 e parece ter raiva.)

(23) - T - Dá raiva? Parece, é verdade, igual nós já conversamos, parece que a mamãe se esqueceu disso. Por que será? (Aqui T quer saber o que ela sente e o que fala para si mesma e que possa parecer relacionado ao fato de não ser objetiva com a mãe.

Esta criança geralmente poupa a mãe, tem dó, pois acha que o pai é "ruim para a mãe".)

(24) - C - Porque meu pai brigou com ela, eu acho, ou alguma outra coisa...

(25) - T - Se for isso, você pode pedir pra ela voltar ao normal, mesmo que ela tenha um problema... lembra do que já conversamos? (Tentando quebrar a justificativa). Ficar esperando a mãe lembrar pode demorar muito, né? (T mostra a consequência de não ser objetiva.)

(26) - C - Hum, hum. (Sim) (Ok)

(27) - T - Olha, você tinha um problema, agora tem um jeito de resolver, tá? Indo conversar com a mamãe. Eu não tinha nada com isso e quase pensei em ficar longe, senão você ia dar choque, de tão emburrada. Será que não é por isso que têm dias que as meninas não querem brincar com você? Nos dias que você tá "nervosa", ninguém sabe o que é, meu! No começo, a gente não entende, acha até graça, dá um desconto, depois... (T) descreve com humor o que ela queixa sobre as amigas, buscando mais análise - CRB3).

(28) - C - Ontem eu briguei mesmo, o menino tava chato. Eu chamei a professora.

Percebeu-se que a criança pegou um brinquedo do amigo sem pedir, ele reclamou, xingaram-se, ela chamou a professora e somente ele foi punido (tendo sido provavelmente reforçada por resmungar e fazer reclamações injustas). Em vez de fazer críticas a seu comportamento, T apenas valorizou a relação que a criança fez entre o que acontece com ela e a mãe e o que acontece entre ela e os amigos e seu relato mais direto.

Ao final da sessão, explorou-se um álbum de fotos de família que estava presente, procurando possíveis modelos para

seus CRBs, bem como pessoas que, provavelmente, reforçam a sua ocorrência.

Nas sessões seguintes, a criança ainda apresentava o CRB1, T sorria (SD de ocorrência CRB1), e ela o interrompia, e falava mais francamente (CRB2) ou não, pois algumas vezes era só "gemeção", não era nem a "resmungação"!

A FAP, sozinha ou combinada com outras estratégias, têm mostrado efeitos bastante rápidos para alteração comportamental de crianças e adolescentes. Um exemplo de análise de relação com grupos de adolescentes pode ser vista em Conte (1996).

IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA EM CLÍNICA

Como se pode notar, há muito que entender sobre a relação terapêutica em si mesma, os processos e fenômenos que ali ocorrem e o efeito que eles têm sobre o comportamento do cliente fora da clínica. O conhecimento que já se tem sobre o comportamento verbal, bem como todo o que há por vir, quando aplicado à clínica, há de ajudar terapeutas a serem mais eficientes e eficazes em seu trabalho. Como já mencionado anteriormente, trabalhos recentes sobre equivalência de estímulos e formulação de regras mostram que o comportamento verbal afeta o comportamento verbal posterior e outros comportamentos não-verbais. Mas o modo pelo qual o estímulo verbal toma controle sobre o comportamento não está

totalmente claro e somente recentemente tem gerado investigação sistemática. Contudo, o comportamento governado por regras é relevante para a ACC visto que comumente ele tem um papel importante na etiologia dos problemas e no processo pelo qual o comportamento verbal, que ocorre dentro da sessão, influencia o comportamento do cliente fora da sessão, de forma ampla. A clínica torna-se assim uma instância que ajuda a validar ou não as pesquisas desenvolvidas em outros contextos.

A proposta inicial de fazer análise da relação terapêutica junto ao cliente trazem si um novo conjunto de questões para a pesquisa e a terapia e que podem ser parcialmente respondidas por terapeutas que aprofundem seus conhecimentos de Análise do Comportamento enquanto filosofia e ciência. Sem esta disposição dos terapeutas, será mantida uma lacuna entre a descoberta, filosófica e científica, e a sua aplicação à Psicologia Clínica e na Psicoterapia.

Quanto à análise da relação terapêutica, vários trabalhos têm sido publicados sobre esse assunto nos últimos dez anos, e ela tem se mostrado efetiva no trabalho com pacientes adultos em clínicas ambulatoriais, no tratamento da depressão, de problemas de relacionamento interpessoal, entre outras queixas (Dougher e Hackbert, 1994; Kohlenberg e Tsai, 1994, por exemplo).

A importância da análise da relação terapêutica no tratamento de diversos problemas clínicos e com diferentes populações, incluindo crianças e adolescentes, também tem

sido descrito por Conte (1996) e Brandão (1996). Nesses trabalhos, outras técnicas e formas de análise comportamentais foram empregadas, mas levar o cliente a participar da análise do que está ocorrendo dentro da sessão é a estratégia mais enfatizada.

Embora sejam várias as publicações nesta área, os terapeutas continuam com dúvidas sobre como fazer esta intervenção e principalmente como desenvolver metodologias para estudar seus efeitos no decorrer do processo.

Sabe-se que fazer pesquisa em clínica implica um recorte que dificilmente abarca tudo o que é necessário na Psicoterapia, e que a ajuda do terapeuta no sentido de explicitar as suas ações é também uma tarefa necessária e difícil de ser mantida. Isto tem dado origem a estudos de casos onde as intervenções são analisadas como um "pacote de procedimentos" ou a estudos de casos clínicos onde a VI é a aplicação de alguns procedimentos terapêuticos na sessão e a VD, a modificação ocorrida em determinados comportamentos.

Separar uma ou duas variáveis da complexidade do processo terapêutico é difícil, mas, sem dúvida, é uma proposta interessante para a pesquisa nessa área; por exemplo, pode-se fazer a análise da relação terapêutica junto ao cliente (VI) apenas em determina dos momentos de terapia e não em outros e analisar o efeito de tal intervenção (VD) nos comportamentos relevantes, previamente selecionados, dos clientes. Isso possibilitará aprimorar as observações, intervenções, descrições

e avaliações de procedimentos clínicos junto à comunidade de terapeutas e pesquisadores.

BIBLIOGRAFIA

BRANDÃO, M. Z. S. A Importância do Processo de Supervisão na Identificação por Consenso dos Comportamentos Clinicamente Relevantes. Águas de Lindóia: ABPMC, 1996.

CONTE, F. C. S. (1996). Comportamento Delinqüente - Pesquisa e Intervenção numa Comunidade Pobre. Dissertação de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

DOUGHER, M. J. e HACKEBERT, L. (1994). A Behavior-Analytic Account Of Depression And a Case Report Using Acceptance-Based Procedure. The Behavior Analyst, 17, 321-334.2 (Fali).

HAYES, S. C. (1987). A contextual aproach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (ed), Psychotherapistis in clinical practice: Cognitive adn behavioral perspectives. New York: Guilford Press.

HAYES, J. A. & GELSON, C. J. (1991). Effects of Therapist-Trainees' Anxiety and Empathy on Countertransference Behavior. Journal of Clinical Psychology, 47, n° 2

HAYES, S. C.; WILSON, K. G. (1994) Acceptance and Commitment Therapy. The Behavior Analyst. 17,289-303.

KOHLEMBERG, R. J.; TSAI, N. Psicoterapia na Prática Clínica: Perspectivas Cognitivas e Comportamentais. New York: Guilford, 1987.

KOHLEMBERG, R. J.; TSAI, N. (1994). Improving Cognitive Therapy For Depression With Functional Analytic Psychotherapy: Theory And Case Study. The Behavior Analyst. 17, 305-319. Nu2 (Fali).

MEYER, S. D. O Conceito da Análise Funcional. In: DELLITI, M. Sobre o Comportamento e Cognição - A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental. Santo André: Arbytes, 1997.

OLIANI, S. M.; NASCIMENTO, A. B. & BRANDÃO, M. Z. S. Mudança na Orientação Sexual: Uma Relação Causai ou Adventicia em Função da Redução da Esquiva? Londrina: UEL, 1997.

SKINNER, B. F. Ciência e Comportamento Humano. São Paulo, Martins, 1953. (Tradução: Rodolpho Azzi do original em inglês.)

SKINNER, B. F. O Comportamento Verbal. São Paulo, Cultrix, 1978. (Tradução do livro Verbal Behavior, 1957, realizada por Vila Lobos.)

Referência deste capítulo

Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (1999) **Psicoterapia Analítico-Funcional: a relação terapêutica e a Análise Comportamental Clínica**. Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. Sobre comportamento e Cognição (V. 4). São Paulo: Arbytes

Abordagem Contextual na Clínica Psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento

Maria Zilah S. Brandão

A abordagem contextual para mudança terapêutica é uma proposta com base nos pressupostos teóricos do Behaviorismo Radical e nos estudos e pesquisas sobre comportamento verbal, especialmente na concepção de quadros relacionais para explicação dos eventos verbais, e na análise do comportamento governado por regras.

Para a abordagem contextual, os comportamentos-problema dos clientes não são o alvo inicial da intervenção do terapeuta. São os contextos sócio-verbais que devem ser modificados para que as mudanças comportamentais ocorram. Deve-se entender por contexto os conjuntos de contingências estabelecidas pela comunidade sócio-verbal que determinam nossos comportamentos, e por mudanças comportamentais, especialmente aquelas que reduzem as tentativas de controle dos eventos privados por parte dos clientes.



Segundo Hayes (1987), acredita-se que pelo menos três aspectos do contexto sócio-verbal normal da ação humana contribuem para o estabelecimento do controle que os aspectos privados exercem sobre o comportamento humano, causando muito dos problemas dos clientes.

- a) O impacto do significado literal dos eventos verbais sobre o comportamento (contexto de literalidade).
- b) A aceitação de razões verbais, dadas como explicações válidas para o comportamento individual (contexto de dar razões).
- c) O treinamento social no sentido de que o controle cognitivo e emocional pode, e deve, ser atingido como meio para viver uma vida bem-sucedida (contexto do controle).

Algumas considerações devem ser realizadas para uma melhor compreensão desses contextos:

- a) **Literalidade:** as palavras passam a significar coisas além das que a elas se relacionam diretamente e podem provocar comportamentos abertos e encobertos desadaptativos, uma vez que a pessoa respondendo literalmente pode ignorar o responder com base na utilidade experimentada.

Exemplos:

"Não beba isto, é veneno": é uma afirmação que estabelece um comportamento desejável, mas difícil de adquirir através do contato direto com contingências.

"Não pense em nada": é uma afirmação que não é adaptativa se levada ao "pé da letra" (no sentido literal), pois não poderá ser seguida.

- b) **Dar razões:** a comunidade sócio-verbal reforça relações entre pensamentos ou sentimentos e ações, mantendo a idéia que os eventos privados são as causas do comportamento.

Assim, as pessoas conseguem obter ganhos secundários por atribuírem suas mudanças comportamentais à ocorrência de seus comportamentos encobertos.

- c) **Controle:** se as ações são causadas pelos eventos internos, para se conseguir uma mudança de ação, é necessário, primeiro, controlar os pensamentos e sentimentos que as geram. O processo de regulação emocional e cognitiva como meio para controlar o comportamento aberto começa muito cedo na vida das pessoas e, por isso, é muito difícil identificar quando se está respondendo a esse contexto (controle) ou aos outros (literalidade e dar razões).

ACT: DEFINIÇÕES E OBJETIVOS

A Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance e Therapy Commitment - ACT) é um enfoque psicoterapêutico embasado na Análise do Comportamento que tem por objetivo enfraquecer a esquiva emocional e aumentar a capacidade para mudança comportamental.

É uma das pouquíssimas psicoterapias verbais compreensivas que têm sido conscientemente embasadas no pensamento da Análise do Comportamento e que apresentam descrição precisa de estratégias de intervenção.

"A meta fundamental da ACT é tratar a esquiva emocional, o número excessivo de respostas literais ao conteúdo cognitivo e a inabilidade de assumir e manter compromissos com a mudança comportamental." (Hayes, 1987; Hayes, Kohlemberg e Melancon, 1989; Hayes e Melancon; Zettle e Hayes, 1986, apud Hayes)

Inicialmente, na fase de desenvolvimento da proposta, a ACT foi chamada de Distanciamento Compreensivo (Hayes e Melancon, 1988).

Os clientes vêm naturalmente à terapia com o objetivo de controlar aquilo que eles vêem como os determinantes de sua condição de vida problemática. Para eles, há necessidade aparente por mais repertórios bem-sucedidos de esquiva (por exemplo, a eliminação de emoções perturbadoras, pensamentos, lembranças, impulsos e outros). A presença dessas funções-estímulos aprendidas para os eventos privados (querer se livrar deles) pode impedir o contato com outras fontes de reforçamento. A ACT tem por objetivo quebrar este controle de estímulo problemático, abrindo a possibilidade de contato com fontes alternativas de reforçamento (Hayes e Wilson, 1994).

Sob esse enfoque, surgem algumas questões para reflexão dos terapeutas:

- 1) Se o terapeuta é parte do contexto, como pode trabalhar na promoção da recontextualização?
- 2) Se os clientes procuram psicoterapia para se livrar de sentimentos ou pensamentos ruins, como os ajudaremos a conseguir isso?
- 3) Como levar o cliente a compreender que esses comportamentos não são a causa do seu problema?

Com a reflexão sobre essas questões já iniciadas, delineou-se a proposta clínica

da ACT (ou Distanciamento Compreensivo), estratégia para mostrar que o controle dos eventos privados é o problema, e não a solução. As etapas dessa estratégia têm objetivos bastante específicos, que serão apontados a seguir.

ACT - ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

• Desamparo criativo

Objetivo: mostrar ao cliente que dentro do contexto no qual ele trabalha, realmente não existe solução.

Nessa etapa, a solução para controlar os sentimentos e pensamentos começa a ser vista pelo cliente como o próprio problema e perceber que não tem soluções ou alternativas provoca uma condição criativa, desencadeando uma necessidade de analisar o problema de uma outra perspectiva.

• Tentativa de controle dos eventos privados como problema

Objetivo: mostrar ao cliente que a forma pela qual fomos socializados é que faz parecer que eventos privados necessitem ser controlados e que essa tentativa de controle é que se constitui no problema.

Enfraquecer o acedimento do cliente às sanções sociais para evitar eventos privados desagradáveis pode ser benéfico, uma vez que muitas destas atribuições (exemplo: não vou à escola porque estou triste) são aceitas socialmente.

- **Eu como contexto e não como conteúdo**

Objetivo: levar o cliente a discriminar a pessoa que ele chama de EU e o problema de comportamento que o cliente quer eliminar. Separar os comportamentos da pessoa que os emite. Separar o que sou do que faço, penso ou sinto.

- **Escolher e valorizar uma direção**

Objetivo: levar o cliente a escolher mudar ações em vez de sentimentos.

Nesse momento, é importante escolher a atividade (a ação) em vez do sentimento porque a ação é passível de controle e o sentimento não o é.

- **Abandonar a luta**

Objetivo: levar o cliente a deixar de lutar contra seus sentimentos ou pensamentos ruins: mais do que isto: o cliente será levado a se debruçar sobre seus sintomas. Ele é levado não só a parar de lutar, mas a aceitar seus eventos privados.

Para isso, é importante para o cliente vivenciar as sensações, sentimentos e pensamentos dos quais geralmente se esquivava, na sessão terapêutica.

Uma boa estratégia pode incluir exercícios de espontaneidade, nos quais o cliente é levado a agir de acordo com o que sente e a agüentar as conseqüências disso.

- **Compromisso com a mudança**

Objetivo: auxiliar o cliente a comprometer-se com a ação, com a mudança. Os eventos privados são desconsiderados como justificativa para não agir. É importante criar um ambiente verbal em terapia que não permita exame lógico - antes que punir os clientes que não assumem tal compromisso.

O PROCESSO TERAPÊUTICO - UMA VISÃO A PARTIR DA PROPOSTA DA ACT

Na experiência clínica de alguns psicoterapeutas, tem-se deparado com muitos clientes ansiosos que procuram terapia como medida urgente ou última tentativa para se livrar da ansiedade. Esses clientes têm uma história de contato com situações aversivas nas quais conseguem obter controle e baixar a ansiedade. Essas situações acabam por reforçar a idéia (já estabelecida no contexto sócio-verbal) de que é possível e desejável controlar eventos privados como ansiedade, medo ou pensamentos catastróficos. O histórico de vida destes clientes aponta geralmente para uma família e cultura onde os contextos de literalidade, dar razão e controle foram muito fortes. Os pais geralmente exigiam que os filhos fizessem o que era dito para fazer e puniam o não-acedimento. As diferentes formas de punição geralmente vinham associadas a sermões repletos de palavras fortes que indicavam supostas conseqüências catastróficas. Assim, as verbalizações podiam ampliar o poder da punição e a ela se associar dando à palavra a possibilidade de produzir reações emocionais semelhantes às produzidas pelas contingências "reais".

Dar razões funcionava na vida dessas pessoas como uma possibilidade de fuga- esquivar da punição social. Desde criança, para fugir da punição, é necessário ter razões de preferência emocionais, que justifiquem os seus atos. Dessa forma, com a prática, os sentimentos terminam por ser vistos como a causa do comportamento e a pessoa vai tentando promover mudanças nos próprios sentimentos para se sentir melhor.

Na clínica, muito se vê de clientes que atribuem seus problemas aos sentimentos ruins: "se eu não fosse ansiosa, faria concurso para ser professora" , "se eu fosse mais alegre, meu namorado não teria brigado comigo", "quero ficar livre da depressão para recomeçar a trabalhar" . A causa é atribuída ao sentimento e isso deixa a pessoa total mente "cega" para ver a ação como saída e para fazer mudança. Não conseguindo fazer o que pretendem, frustram-se continuamente.

Quanto ao contexto do controle, ele é consequência dos dois primeiros: leva-se as palavras ao pé da letra e responde-se emocionalmente a elas, da mesma forma que se responderia ao objeto ou situação; à reação emocional desenvolvida pela palavra, acrescenta-se a causalidade e as tentativas de controlar esses sentimentos. Como isso nem sempre é possível, o cliente começa a experienciar situações nas quais a ansiedade não está mais sob seu controle racional, e fica com medo. Procura a clínica querendo achar uma forma mais eficaz de fugir do medo, dos sentimentos ruins.

ESTUDO DE CASO

Análise e discussão

O seguinte exemplo descreve o caso de um cliente de 19 anos que procurou terapia com queixa de obesidade. O cliente atribuía seu excesso de peso à ansiedade. Pedindo ao cliente para falar dela, ele disse que sentia uma angústia, um frio no estômago, um desespero quando alguma coisa ia mal na sua vida, e por que não conseguiu fazer nada para mudar o rumo dos fatos, comia. Depois que comia, arrependia-se. Ficava mais ansioso e repetia o comportamento de comer.

O cliente tem um irmão, magro, de 17 anos, com o qual competia e brigava muito. As brigas dele com o irmão revelavam uma luta para conseguir atenção e prestígio perante os pais. O irmão do cliente parece ser uma pessoa bastante ativa, em oposição ao cliente, que se lamenta muito de tudo, seduz a todos com abraços e sorrisos, mas tem poucas ações ou decisões no seu dia-a-dia.

O histórico de vida mostra que o cliente sempre conseguiu atenção dos pais por ter problemas (nasceu prematuro), por ser gordo, ou por ser "nervoso" . Sempre demonstrou um lado bom e doce quando as pessoas (inclusive professores e amigos) o tratavam bem e faziam o que ele queria. Os pais sempre preferiram "agradar" ao cliente e ter como consequência seu lado bom, a enfrentá-lo, cobrando dele esforço e dedicação aos estudos ou algum outro trabalho como, por exemplo, pintura, música, atividade física, etc.

Seus comportamentos foram eficazes em controlar os pais e amigos.

Há dois anos, os pais do cliente passaram por uma grande crise afetiva (a mãe teve dúvidas quanto aos seus sentimentos em relação ao pai) e financeira (o pai perdeu muito dinheiro em negócios). A crise foi tão grave que a família teve que mudar de casa e baixar muito o padrão de vida. Há um ano e meio mais ou menos, o cliente recomeçou a engordar após um regime no qual havia perdido 40 quilos, e também começou a queixar-se de desânimo e angústia. Conforme a situação familiar foi piorando, as crises do cliente foram se agravando e ele começou a apresentar medos noturnos, falta de ar, dores de estômago e medo de morrer. As crises aumentaram de frequência e o cliente começou a apresentá-las praticamente todas as noites e algumas vezes durante o dia. A crise ou "pânico" noturno é seguida pela presença da mãe e do pai que cuidam dele com carinho e dedicação. Durante o dia, quando passa mal, volta para casa.

O cliente já procurou médicos de diversas especialidades, e o diagnóstico que teve foi de bronquite alérgica (que justificaria a tosse e a falta de ar). Um dos médicos disse se tratar de pânico e receitou fluoxetina.

O interessante é que o cliente continua buscando uma causa física para sua ansiedade e falta de ar. Segundo ele, esta ansiedade e a busca da cura o impedem de fazer bem qualquer coisa: não estuda para a faculdade, não faz dieta, não ajuda em casa, não faz exercício, quase não sai para passear, não procura trabalho, não enfrenta as conseqüências das dificuldades financeiras da família: dirige o único

carro da casa, compra roupas, vai a congressos, vai à psicoterapia, a médicos, estuda numa universidade particular, etc.

Fala sinceramente penalizado da situação dos pais, mas nada faz para ajudar; pelo contrário, os pais ó que se preocupam com ele e tentam poupá-lo da realidade.

Respondendo às perguntas da terapeuta, o cliente disse que sua doença ajudou os pais a se unirem, e tem rezado muito para salvar a família. Acredita que suas intenções, rezas e doenças possam mudar a situação familiar. Espera, para tomar alguma iniciativa, que seus sentimentos mudem e que tenha ânimo e motivação para fazer alguma coisa. Acha, no fundo, que alguém deveria facilitar as coisas para ele, pois qualquer iniciativa vai exigir esforço e ele não conseguirá. Faz uma relação direta entre sentimento ou pensamento e ação, como se o primeiro fosse determinante do segundo. Ao dizer "não consigo fazer nada, pois estou deprimido, ansioso ou doente", desculpa-se (e os pais também o desculpam) por não se comprometer com a melhora. Continua tendo controle sobre seu mundo, mesmo na situação difícil em que a família se encontra. No entanto, a situação familiar real está cada vez pior, o que está dificultando a eficácia do repertório de fuga-esquiva do cliente (observa-se também que ele está ficando cada vez mais gordo). A impossibilidade de controlar os eventos aversivos torna o cliente cada vez mais ansioso, e, ao querer livrar-se da ansiedade, esta aumenta. Melhorar significaria aceitar perder o controle (vivenciar sua ansiedade) e agir assumindo a realidade, fazendo as modificações necessárias no seu dia-a-dia.

As sessões de psicoterapia estão tendo os objetivos de levar o cliente a:

- 1) perceber que os controles que usa são ineficazes;
- 2) discriminar os eventos ambientais (familiares e outros) que antecederam as crises de ansiedade e suas conseqüências (analisar também o ganho e a manutenção do peso);
- 3) separar seus sentimentos ou pensamentos de suas ações e levá-lo a perceber que é possível agir sem ter vontade ou desejo inicial de fazê-lo (contexto de dar razões);
- 4) vivenciar sua ansiedade ou medo de perder o controle sobre si mesmo e principalmente sobre sua família; aprender a aceitar que não tem controle sobre seus sentimentos ou pensamentos e que vai vivenciar todas as sensações ruins que são provocadas pela problemática familiar;
- 5) reformular regras literais: "quando um casal briga ou uma família se desestrutura, isto será para sempre e destrói a todos", "a doença e o sofrimento unem a família, impedindo outra desgraça maior". Quando pensa "não tem jeito", vê-se sem saída de fato, e não procura ou explora alternativas de enfrentamento;
- 6) perceber o jogo que faz na sessão de psicoterapia: tenta deixar a terapeuta com pena dele, diz que não consegue fazer nada sozinho, tentando fazer com que a psicoterapia seja uma confirmação de seus problemas e também uma aliada para justificar sua inércia;
- 7) diminuir a freqüência de seus comportamentos de fuga-esquiva (sono, moleza, falta de ar, mudança de assunto) perante situações-problema e perante confrontações da terapeuta na sessão;
- 8) engajar-se gradualmente em situações de trabalho, de estudo, exercícios físicos, dieta, ou outros que possam trazer reforçadores para o cliente;

9) perceber que ele não é mais uma criança e que precisa fazer mudanças neste momento para conseguir o que pretende a médio e longo prazos. Qualquer outra saída é ilusória. Uma pessoa adulta é modificada e modifica o meio-ambiente em que vive. O homem é um sujeito ativo no desenvolvimento de sua história pessoal.

Observações finais

Considerando o caso relatado, é importante ressaltar:

- 1) O T trabalha na modificação dos contextos de literalidade, dar razões ou controle quando identifica, na sessão, que o cliente está respondendo a algum deles. Não há uma definição prévia da sessão onde isto será focado.
- 2) As estratégias para trabalhar os comportamentos-problema decorrem de um processo de recontextualização no qual a terapeuta, como membro de uma comunidade sócio-verbal, estabelece contingências para o cliente conscientizar-se dos contextos a que responde e, a partir daí, fazer mudanças que lhe beneficiem, sob outra perspectiva de análise, o efeito das contingências e não o controle pelas regras advindas desses contextos. O reforçamento da terapeuta é contingente à disposição para agir e não para se vitimizar ou fugir, como acontece em casa.
- 3) Os seguintes enfoques da ACT podem ser usados individualmente ou combinados entre si sem uma seqüência prévia, sempre com objetivo de criar um contexto terapêutico propício a mudanças:
 - 3.1) não é necessário mudar primeiro os sentimentos ou pensamentos para mudar as ações;
 - 3.2) é importante separar pensamento de realidade. Pensar sobre o fato nunca é o fato em si mesmo;

3.3) sentimentos não estão sujeitos a controle cognitivo. Lutar com sentimentos é inútil; para livrar-se deles, aceite-os, vivencie-os;

3.4) planejamento para ação e enfrentamento gradual pode ser conseguido mesmo na presença de sentimentos contraditórios ou medo;

3.5) separar a pessoa do seu comportamento pode ser importante. O eu é algo mais do que aquilo que se sinte, pensa ou fala. A pessoa (eu) é mais do que seu comportamento. O sentimento de medo não tomará conta da pessoa que o sente. Essa compreensão ajuda a vivenciar os sentimentos e sensações sem lutar contra elas.

- 4) Técnicas ou exercícios, se sugeridos, serão usados para conseguir a recontextualização, não pretendendo a mudança comportamental direta dos comportamentos do cliente.

Para finalizar, entre muitas considerações tecidas aqui sobre a ACT, é importante comentar a afirmação de Hayes e Wilson (1993), que ressalta a impossibilidade do "sentir" como algo independente do contexto, apontando para a idéia de que as sensações não são apenas sensações; elas são também o que significam, no contexto sócio-verbal.

Os mesmos autores afirmam que o processo que permite o autoconhecimento, paradoxalmente, proporciona também a auto-esquiva. Os clientes podem distorcer aspectos importantes de sua vida de modo a evitar alguns eventos privados, isto é, como resistência ao sentir. Eles estarão fugindo não do estímulo aversivo, mas das suas reações a eles. Para quase todos de nossa comunidade, alguns sentimentos são ruins, mas a pessoa que se esquiva da sua própria confusão, raiva, angústia e medo, reduz ou distorce a possibilidade de se conhecer melhor. É improvável que

regras baseadas em distorções coloquem pessoas em contato com contingências reais, o que levaria, então, aos problemas psicológicos que foram apresentados neste texto.

BIBLIOGRAFIA

HAYES, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press.

HAYES, S. C. & MELANCON, S. M. (1988). *Manual de Distanciamento Compreensivo*. Reno: Universidade de Nevada.

HAYES, S. C. & WILSON, K. G. (1993). *Acceptance and Commitment Therapy*. In *The Behavior Analyst*. Universidade de Nevada.

Referência deste capítulo

Brandão, M. Z. S. (1999) **Abordagem Contextual na Clínica Psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento**. Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. *Sobre comportamento e Cognição* (V. 4). São Paulo: Arbytes

O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental

Giovana Del Prette

Tatiana Araujo Carvalho de Almeida

Neste capítulo, faremos uma discussão a respeito do uso de técnicas pelo clínico analítico-comportamental. Inicialmente, apresentaremos a definição de técnica e como situá-la dentre as diversas atividades realizadas pelo clínico. A seguir, descreveremos como utilizar técnicas ou outras intervenções menos sistemáticas a partir da coleta de informações e análise de contingências realizadas sobre um caso clínico hipotético. Em seguida, proporemos uma classificação de algumas intervenções segundo sua predominância sobre os antecedentes, respostas do cliente e consequências. A descrição minuciosa de cada técnica não é foco deste capítulo, entretanto, apresentaremos aqui algumas de suas características, conceitos e princípios subjacentes para discutir as implicações de sua escolha e utilização.



Técnicas são a sistematização de intervenções com vistas a determinados resultados diante de situações específicas. Nesse sentido, técnicas funcionam como antecedentes (regras e/ou modelos) para a classe de respostas do clínico de segui-las (responder sob controle delas) e tentar produzir consequências iguais ou semelhantes às aquelas por elas especificadas. Por “sistematização” queremos dizer que a técnica possui:

- a) descrição suficientemente precisa e padronizada, de modo que possa servir para treino e aplicação por outrem, e
- b) resultados empiricamente comprovados a respeito de sua efetividade.

Neste capítulo, vamos denominar de técnicas somente aquelas intervenções que, de alguma maneira, foram testadas em estudos científicos e descritas, garantindo algum grau de confiança a respeito de serem elas as responsáveis pelas mudanças ocorridas.

Nesse sentido, diferentes campos do saber podem ter suas técnicas: um oftalmologista pode utilizar técnicas para manejar aparelhos e, com isso, avaliar o grau de miopia de seus pacientes; um advogado pode utilizar técnicas de oratória e convencer o júri; um psicólogo psicanalista pode utilizar a

técnica da associação livre e obter, como consequência, o relato do cliente sobre conteúdos inconscientes. Dentro da psicologia, diferentes abordagens teóricas podem construir técnicas a serem utilizadas na prática profissional. O mesmo vale para a análise do comportamento. O diagrama a seguir contextualiza o uso de técnicas em clínica analítico-comportamental, em relação a outras atividades principais do clínico:

De acordo com a Figura 15.1, no processo clínico analítico-comportamental, a análise de contingências é a ferramenta teórico-prática do profissional: teórica no sentido de ser norteada pelo referencial conceitual da análise do comportamento e prática no sentido de orientar os processos aplicados de avaliação e de intervenção. Na Figura 15.1, a análise de contingências está representada como algo mais amplo do que a avaliação funcional porque estamos destacando que ela se torna, de certa forma, o modo de compreender o mundo e os fenômenos não apenas quando o clínico está avaliando seu cliente.

Parte dessa prática é realizar uma avaliação contínua dos comportamentos do cliente, denominada de avaliação funcional. Essa avaliação inclui a obtenção de dados, a seleção

dos comportamentos-alvo, a operacionalização desses comportamentos, a escolha e aplicação das intervenções e a avaliação destas, com eventual necessidade de reformular as análises e/ou as intervenções. Portanto, a avaliação funcional abrange um conjunto de comportamentos emitidos pelo clínico durante todo o processo.

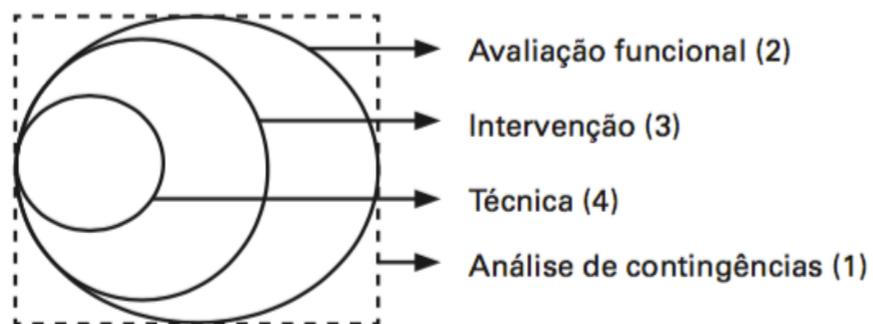


FIGURA 15.1 Proposta de classificação da prática do analista do comportamento.

A intervenção propriamente dita se processa quando o clínico seleciona e utiliza estratégias com o objetivo de alterar o comportamento do cliente (e não apenas obter dados, embora a própria obtenção de dados possa ter o efeito de modificar o cliente). Dentre as intervenções possíveis, parte delas pode ser denominada de técnica, uma vez que seu procedimento e seus resultados já são conhecidos e sistematizados na literatura. Em suma, conclui-se daí que todo uso de técnicas é uma intervenção, mas nem toda intervenção é uma técnica. Além disso, toda intervenção

(inclusive com uso de técnicas) envolve uma avaliação contínua. Essa avaliação, por sua vez, é feita não só durante a intervenção como também quando o clínico avalia o caso encobertamente durante a sessão, ou com seu supervisor. E, por fim, todas essas práticas têm por base a análise de contingências, que, entretanto, abrange mais do que as próprias práticas, ao constituir-se em um modo de compreender o comportamento humano.

A título de ilustração, apresentaremos um caso hipotético de um cliente, aqui denominado de “Afonso”, de 40 anos de idade, que procura o clínico com queixas relacionadas à fobia social. Inicialmente, como dissemos anteriormente, o modo como o clínico compreende esse fenômeno é pela análise de contingências (condizente com os pressupostos do Behaviorismo Radical). Em outras palavras, antes mesmo de conhecer o cliente, o clínico pode se perguntar: “Qual será sua história de vida? Será um padrão de esquiva, como reforçamento negativo, ou um padrão reforçado positivamente? Que repertório ele tem para se relacionar?”.

A partir do momento em que o clínico conhece o cliente, começa a coletar dados para uma avaliação funcional idiográfica, ou seja, única e específica para aquele caso

(havendo ou não um diagnóstico psiquiátrico). Assim, o clínico começa a ter acesso a dados importantes para a análise, e pode organizá-los mais ou menos como o que se segue: “Afonso quase não olha nos meus olhos, fala com dificuldade, transpira, relata pouco contato social, passa a maior parte do tempo em casa (filho único), sendo cuidado pela mãe superprotetora e jogando jogos de computador. Teve histórico de sofrer *bullying* desde a infância. No trabalho, inicialmente, os colegas percebiam a dificuldade e tentavam se aproximar, chamá-lo para *happy hour* e ajudá-lo a solucionar conflitos no emprego. Com o tempo, os colegas deixaram de convidá-lo, e, quando ele tenta se aproximar, fica sem saber o que dizer e por isso é alvo de piadinhas, sendo descrito como ‘o esquisitão’ da empresa. Isso, por fim, leva-o a esquivar-se de encontros sociais, não fazer networking e ficar no mesmo cargo há vários anos, enquanto outros colegas já foram promovidos. Ainda assim, diz que gosta de trabalhar e não tem outras atividades”.

Com essas e outras informações, o clínico formula algumas hipóteses que vão se tornando mais ou menos fortes quanto mais dados ele tem que as comprovem ou as descartem, e que vão guiar as intervenções. Por exemplo:

- a) Em seu histórico, o bullying pode ter punido as tentativas de se relacionar com seus pares e, simultaneamente, dificultado a aquisição de um repertório para tal.
- b) A relação com a mãe superprotetora pode ter levado a um reforçamento não contingente à resposta, o que novamente dificultou o desenvolvimento de autonomia.
- c) Na história passada e no presente, a relação intensa e exclusiva da mãe com o filho levaria a um reforçamento da dependência de um pelo outro.
- d) No início, em seu emprego, suas dificuldades interpessoais poderiam exercer função de estímulos discriminativos (SDS) para as respostas de aproximação dos colegas, na tentativa de ajudá-lo (ou seja, as dificuldades interpessoais teriam sido reforçadas positivamente), mas o seu jeito “esquisito” (desajeitado, retraído, atrapalhado) levá-los-ia a se esquivarem dele em longo prazo.
- e) O trabalho atual estaria mais mantido por reforçamento negativo (esquivar-se de dívidas financeiras e cobranças da mãe) e, com a falta de repertório social, as situações com os colegas, que seriam propícias para interações amistosas, acabariam eliciando fortes respondentes associados à ansiedade, o que evidenciaria justamente sua falta de traquejo e reafirmaria uma autorregra sobre ser incapaz.

Se o clínico não for hábil em derivar sua intervenção da avaliação funcional realizada, poderá incorrer no risco de aplicar técnicas precipitadamente, enquanto uma análise de

contingências cuidadosa pode indicar outra direção de intervenção. Sem essa análise, vamos hipotetizar que o clínico escolhesse o uso da dessensibilização sistemática, em que hierarquiza situações sociais para Afonso se expor, com o objetivo de reduzir sua ansiedade. A partir disso, alguns comportamentos do cliente que podemos prever são:

1. sentir-se mais ansioso e, como consequência, sentir-se ainda mais incapaz;
2. começar a desmarcar sessões, ou abandonar o processo clínico, ou esquivar-se de falar sobre seus insucessos na análise;
3. seguir as recomendações, mas não ficar sob controle de reforçamento natural, e sim da aprovação do analista.

Por outro lado, uma análise mais cuidadosa ampliaria a perspectiva sobre o caso, levando a hipóteses sobre classes mais amplas de respostas e a uma gama de intervenções mais pertinentes. Aliás, a própria análise das prováveis consequências do uso da dessensibilização sistemática, neste caso, seria um exercício de previsão importante para a decisão por outro curso de ação. O clínico pode, nesse sentido, inferir que a postura de Afonso em sessão (dificuldades extremas para se expressar, feição de desamparo e demonstrações de total inabilidade para dialogar) é um CRB1 que evoca

tentativas de ajuda semelhantes àquelas realizadas, no início, pela mãe e até pelos colegas de trabalho. Assim, ajudá-lo com recomendações e treino de assertividade, em última instância, apenas manteria o padrão porque reforçaria positivamente o comportamento-queixa. Outra questão a ser destacada seria sobre se Afonso já demonstra dificuldades para interagir com o próprio analista; neste caso, é provável que seja ainda mais difícil interagir com outras pessoas e, portanto, recomendações para fora da sessão se constituiriam em um passo muito grande; ou seja, seria mais indicado intervir sobre os CRBs na própria sessão.

Assim, o clínico poderia fazer diversas intervenções, a começar por:

1. ele próprio constituir-se em um modelo a ser seguido (por exemplo, na maneira como cumprimenta o cliente e outras pessoas do consultório);
2. realizar um reforçamento diferencial entre CRB2 e CRB1;
3. aumentar o repertório de auto-observação do cliente sobre sua postura, o que incluiria levá-lo a fazer interpretações (CRB3);
4. modelar um repertório de solução de problemas (“Como me aproximar do meu colega?, Como conhecer pessoas diferentes?, Como lidar com

críticas?”), levando-o a formular autorregras novas.

Todos esses itens, em última instância, levariam à maior autonomia do cliente, inclusive em suas interações sociais. Assim, essa intervenção alcançaria um resultado bastante diferente daquele obtido com o uso da técnica de dessensibilização descrito anteriormente. Além disso, a análise parece demonstrar que a “fobia social” faria parte de uma classe de respostas maior, a qual inclui a dependência e/ou falta de autonomia de Afonso, reforçada tanto positiva quanto negativamente.

Podemos classificar as intervenções segundo o foco em cada termo da tríplice contingência. A Tabela 15.1, a seguir, enumera exemplos de intervenções sobre comportamento operante e respondente. A classificação que propomos é didática, ou seja, enfatizamos qual é o principal termo da contingência que seria, supostamente, alterado por meio da intervenção. Entretanto, em última instância, todas as intervenções, ao alterarem um dos termos, também alterariam toda a contingência.

A distribuição destas intervenções nos termos da contingência visa facilitar a escolha por quais delas seriam mais apropriadas. A depender da análise do comportamento-alvo, é possível identificar que certos problemas de comportamento do cliente podem estar mais relacionados a um dos termos da contingência do que a outros. A seguir, serão apresentadas intervenções sobre comportamento operante baseadas em modificação do antecedente, da resposta ou da consequência.

INTERVENÇÕES PREDOMINANTEMENTE SOBRE COMPORTAMENTO OPERANTE

Intervenções baseadas em modificação do antecedente

Algumas das intervenções listadas na primeira coluna da Tabela 15.1, que se baseiam em modificação do antecedente, constituem-se em uma alteração no comportamento verbal, como é o caso de mudanças em regra e autorregra, autoconhecimento e autocontrole. Regras são antecedentes verbais que controlam uma resposta, verbal ou não verbal. Quando esses antecedentes são emitidos por outras pessoas ou agências controladoras, são denominados de “regras”; já as autorregras são formuladas pela própria pessoa que as segue.

Este tipo de controle pode levar a alguns problemas que frequentemente observamos na clínica:

a) regras que não descrevem adequadamente uma contingência. Por exemplo, “quando as pessoas olham para mim, é porque estão me julgando” não é uma descrição adequada pois, muitas vezes, as pessoas olham umas para as outras por outros motivos que não esse;

b) excesso de controle por regras, reduzindo a sensibilidade às contingências naturais; por exemplo, “se estão me julgando, tenho que ser sempre gentil”. No caso, essa regra poderia deixar o indivíduo menos sensível a outras contingências, como sinais de que o excesso de gentileza está incomodando os outros, ou a demandas para ser mais assertivo do que gentil;

c) reduzido o próprio controle por regras, (ou seja, ficar mais sob controle de outras variáveis ambientais), como, por exemplo, mesmo quando diante da regra “preciso acordar diariamente às 7 horas da manhã para trabalhar”, o indivíduo sistematicamente se atrasa e, embora sofra algumas punições, é reforçado positivamente (naturalmente), por ter mais horas de sono, ou negativamente, por esquivar-se de chegar ao trabalho, onde encontrará conflitos. Esse reduzido controle verbal pode ser devido ao baixo repertório de seguimento de regras em geral, mas pode também ser apenas situacional, ou seja, em casos mais isolados, em que eventos concorrentes levam ao não seguimento, como, por exemplo, “meu GPS emite uma ordem sobre um trajeto a ser seguido, mas a observação daquele trecho da rua, já conhecido, leva-me a desobedecê-lo, encurtando o caminho”.

TABELA 15.1 →

Exemplos de intervenções sobre comportamento operante e respondente. Em comportamento operante, classifica-se a intervenção segundo o seu foco em antecedente, resposta e consequência. Em comportamento respondente, classifica-se segundo o foco no estímulo ou na resposta

Intervenções predominantemente sobre comportamento operante

Antecedente	Resposta	Consequência
Regras e autorregras	Modelação	Modelagem
Autoconhecimento	<i>Role-playing*</i>	DRO/DRA/DRI ⁴
Autocontrole		Extinção e punição
<i>Time-out</i>		Economia de fichas*
<i>Fading*</i>		

Intervenções predominantemente sobre comportamento respondente

Estímulo	Resposta
Dessensibilização sistemática*	Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson*
Exposição*	Treino de respiração*

* Os itens marcados com (*) correspondem a técnicas já descritas na literatura. As demais são intervenções baseadas em princípios comportamentais, conforme a distinção entre técnica e intervenção, definida neste capítulo.

Os problemas relacionados a controle por regras e autorregras podem trazer implicações relacionadas a autoconhecimento e autocontrole. Entende-se por “autoconhecimento” o repertório de auto-observação e autodescrição (sobre o próprio comportamento, incluindo as contingências que o controlam), o que também é denominado de uma “relação fazer-dizer”, isto é, o que eu digo sobre aquilo que faço.

Já o “autocontrole” é uma “relação dizer-fazer”, isto é, uma resposta (controladora) irá afetar outra resposta (controlada), e a primeira é necessária para suplementar a contingência de modo a colocar o responder sob controle de

consequências menos imediatas e apetitivas, mas que, a longo prazo, será mais benéfico (por exemplo, produzirá menos estimulação aversiva). Na “relação dizer-fazer”, eu faço aquilo que eu digo, como ao dizer “não comerei chocolate hoje, preciso emagrecer”, auxiliando a contingência em que se deve evitar esse doce.

Em geral, um dos grandes objetivos de qualquer processo terapêutico é promover autoconhecimento e autocontrole, de modo que o cliente possa ser capaz de observar, descrever e manipular variáveis que controlam seu responder, o que lhe dá mais condições para alterar as contingências aversivas relacionadas à sua queixa e produzir mais reforço positivo (imediate ou de longo prazo).

As intervenções sobre regras, autorregras, autoconhecimento e autocontrole envolvem, portanto, mudanças em comportamento verbal. Defendemos neste capítulo que, para essas intervenções, não é necessário o uso de técnicas sistemáticas. Mas, então, como as interações verbais clínico-cliente podem modificar o comportamento deste, fora da sessão? Existem pesquisas sendo realizadas no campo da psicologia clínica, que visam sistematizar o comportamento verbal do clínico por meio de um sistema de

categorização. No sistema de Zamignani (2007), por exemplo, “interpretação” pode ser uma categoria verbal que corresponderia à emissão de regras (pelo terapeuta) específicas para o provimento de autoconhecimento do cliente, como ao dizer “Percebo que, quando seus colegas aparecem, você para de trabalhar nas suas coisas para ajudá-los”. De maneira semelhante, na categoria “solicitação de reflexão”, o clínico levaria o cliente a verbalizar autorregras, também aumentando o seu autoconhecimento. No caso da verbalização do clínico objetivar que o cliente se comprometa com um comportamento futuro (como na categoria “recomendação”), estaríamos no campo do autocontrole.

Ainda em intervenções sobre o termo antecedente na contingência, a Tabela 15.1 lista as intervenções de *time-out* e *fading* (esvanecimento). Segundo Catania (1999), o *time-out* é um “período de não reforço programado por extinção durante um estímulo, ou pela remoção de uma oportunidade para responder. (...) O *time-out* como o empregado com crianças foi derivado do procedimento, mas as práticas que se seguiram de tais extensões se desviaram, de várias maneiras, das especificações técnicas” (p. 424).

O *time-out* foi inserido como intervenção sobre o antecedente, porque partimos do princípio de que a resposta do cliente não terá mais SD para ser emitida. Entretanto, podemos pensar também que, com isso, toda a contingência é removida. O exemplo clássico é o de retirar uma criança que faz birra da presença do adulto, de modo que ela fique em um ambiente com baixa probabilidade de emití-la (como em seu quarto, sozinha). Em terapia, podemos citar situações extremas em que a própria sessão é interrompida para que cesse o responder do cliente. Isso pode ser feito de maneira sinalizada (“se você continuar a me atacar, terei que encerrar a sessão”) ou não. Podemos também pensar em situações em que a relação não é interrompida, como quando se retira da criança o acesso a determinado brinquedo, que ela está usando de maneira inadequada e produzindo como consequência a mobilização do clínico. Vale a pena ressaltar que é desejável que o *time-out* seja acompanhado de outras intervenções para que seja possível ensinar o cliente a emitir outras respostas, mais adequadas.

Quanto ao *fading*, trata-se de um método sistemático para realizar a mudança de controle de estímulos. Tradicionalmente, o *fading* é uma técnica que foi descrita na literatura por meio de estudos experimentais que ficaram

conhecidos como treino de “aprendizagem sem erro”. Talvez, por esse motivo, lembramo-nos frequentemente de exemplos que se aplicariam mais a intervenções em aprendizagem escolar, como o ensino da escrita, em que, gradualmente, suspende-se a palavra-modelo (*fading out*), tornando-a pontilhada até que a criança escreva sem nenhuma dica antecedente. Entretanto, o que queremos destacar aqui é que o uso dessa técnica pode ser realizado de maneira assistemática e que seu princípio serve para diversas intervenções clínicas, e mesmo para auxiliar o comportamento verbal do cliente. Por exemplo, suponhamos que um clínico verifique que seu cliente não tem repertório para relatar sobre o seu cotidiano sem ajuda. Ele pode, inicialmente, fazer várias perguntas, específicas e diretivas (como “O que você fez no trabalho? Quais colegas conversaram com você?”) e, aos poucos, retirar as perguntas, tornando-as inicialmente mais genéricas (“Como foi sua semana?”), até que apenas a presença do clínico seja SD para o cliente começar a falar sem ajuda.

Intervenções baseadas em modificação da consequência

Até o momento, apresentamos as intervenções relacionadas à modificação do antecedente. Apresentaremos, agora, intervenções que alteram as consequências da resposta. Uma dessas intervenções, a modelagem, está intimamente relacionada ao uso de *fading*, referido anteriormente. O que ocorre é que o *fading* é um controle de estímulos por aproximações sucessivas, ao passo que a modelagem é um reforçamento diferencial de respostas por aproximações sucessivas, sugerindo, talvez, a importância da combinação das duas intervenções.

A modelagem consiste no reforçamento diferencial e gradativo de respostas que pertencem a uma classe operante-alvo, empregada para produzir respostas que, devido a um nível operante baixo e/ou a sua complexidade, não seriam emitidas ou seriam emitidas somente depois de um tempo considerável. A variabilidade do responder que segue o reforço geralmente provê as oportunidades para o reforço de outras respostas que se aproximam mais do critério que define a classe operante-alvo.

Retomando o exemplo citado anteriormente para ilustrar o uso de *fading*, a combinação das duas intervenções levaria o clínico a reforçar diferencialmente a emissão da resposta do cliente de relatar sobre o cotidiano, ainda que as respostas reforçadas no início da modelagem sejam simples, curtas e/ou pouco descritivas. Para isso, o clínico pode, por exemplo, demonstrar mais atenção, preocupação e empatia quando seu cliente relata qualquer evento de seu cotidiano. Aos poucos, ele pode fazer isso mais intensamente para relatos que se aproximem mais da queixa que o trouxe à terapia, e menos para outros tipos de relatos.

Nesse sentido, o reforçamento diferencial é parte do processo de modelagem. Ele pode ser realizado de diversas maneiras. Na Tabela 15.1, a título de ilustração, citamos o DRA, reforçamento diferencial de respostas alternativas, isto é, respostas diferentes daquelas que se pretende reduzir a frequência, mas que também produzam as suas mesmas consequências. Já o DRO, reforçamento diferencial de outras respostas, significa reforçar qualquer resposta do cliente que não aquela que se pretende extinguir. Por fim, o DRI, reforçamento diferencial de respostas incompatíveis, significa que as respostas a serem reforçadas devem ser aquelas que são fisicamente impossíveis de serem emitidas

concomitantemente às que se pretende extinguir. Por exemplo, vamos supor uma criança com tricotilomania (compulsão por arrancar os cabelos). Se o clínico reforçar qualquer resposta da criança que não a de arrancar cabelos, está fazendo um DRO. Se ele reforçar que a criança brinque com mas- sinha, toque um instrumento musical ou jogue bola com as mãos, está fazendo um DRI. E se reforçar qualquer resposta que produza as mesmas consequências do arrancar os ca- belos (que podem ser, talvez, alívio de ansiedade, autoestimulação e/ou chamar a atenção), está fazendo um DRA.

Na base do uso do reforçamento diferencial estão os pressupostos de que:

1. certas respostas do cliente estão ocorrendo em seu cotidiano, mas são socialmente inadequadas (provavelmente porque também produzem consequências aversivas para si ou para outrem);
2. se tais respostas estão ocorrendo, é porque estão sendo reforçadas;
3. existe probabilidade de o cliente também emiti-las em sessão, na presença do clínico; e

4. o analista tentaria consequenciar de maneira diferente daquela que a comunidade do cliente tem feito.

Uma questão importante a respeito do uso de reforçamento diferencial e modelagem em sessão é o alcance da intervenção do clínico. Ainda que o cliente passe a responder de forma distinta na sessão, como planejar uma generalização dos novos padrões para o ambiente fora do consultório? É nesse sentido que a combinação de diferentes intervenções e técnicas pode aumentar a probabilidade de generalização como, por exemplo, quando o clínico, além de modelar repertório, descreve a mudança de comportamento do cliente. Isso significa formular regras que poderão funcionar como estimulação suplementar a controlar o responder fora da sessão.

Temos ainda, relacionado a processos nos quais o foco da intervenção é sobre a consequência, o uso da extinção (que, de certo modo, é um componente da modelagem) e da punição. Ambas estão relacionadas a intervenções que visam à redução da taxa de deter- minado responder e possuem componentes aversivos, verificados até mesmo pela produção de efeitos colaterais decorrentes de seu uso. A extinção corresponde à quebra da relação entre resposta e consequência, como, por

exemplo, se o terapeuta, propositalmente, não verbaliza reassuramentos (mas a comunidade verbal usualmente o faz), quando o cliente inseguro diz coisas como “não vou conseguir”, “não me acho bom o suficiente”, etc. Já a punição corresponde à consequenciação do responder com a apresentação de um estímulo punidor ou com a retirada de um estímulo apetitivo. Ela é especialmente útil em situações em que é necessário suprimir rapidamente uma resposta que coloca o cliente (ou outros) em risco, como quando uma criança ameaça subir pela janela do consultório, podendo se machucar gravemente. Nesse caso, o clínico pode repreendê-la, explicitando claramente os riscos (“Desça já daí! É muito perigoso, dessa altura você pode se machucar bastante”), o que poderia funcionar como punição positiva, e/ou encerrar a sessão, como punição negativa (retirada dos estímulos apetitivos presentes na sala), além de ser time-out, pois ela não tem mais acesso aos antecedentes (as presenças da janela e do clínico) para emitir a resposta de ameaçar.

A extinção e a punição, muitas vezes, podem fazer parte de outras intervenções (por exemplo, toda modelagem pressupõe a extinção de certas respostas para a diferenciação e reforço de outras). Em última instância, constatar que tais intervenções podem ser utilizadas contrasta com a ideia do

clínico como “audiência não punitiva”. Na prática, quando falamos em “audiência não punitiva”, não estamos nos referindo à total ausência de intervenções aversivas, mas sim a:

1. um reforçamento não contingente a respostas específicas, mas à simples presença do cliente, o que é usualmente referido com termos como “aceitação incondicional” e “promoção de ambiente acolhedor”;
2. um reforçamento de respostas que precisariam ser modeladas pelo clínico porque foram punidas – ou não ensinadas – pela comunidade do cliente e que, portanto, sua emissão em sessão pode ser inicialmente aversiva justamente porque foram pareadas com punição, na vida, em situação semelhante;
3. extinção ou punição de respostas socialmente inadequadas que precisam ter a frequência reduzida e foram reforçadas pela comunidade do cliente, procedimento este que também pode ser inicialmente aversivo mas que, a longo prazo, visaria seu bem-estar e melhora.

Ainda assim, seria interessante que a escolha das intervenções balanceasse o mínimo de aversividade com o máximo de benefícios. No caso clínico de Afonso, podemos hipotetizar que o próprio falar de si, na presença do clínico, pode ser aversivo, uma vez que implicaria em falar sobre problemas e que o cliente tenha pouco repertório para tal. Além disso, qualquer intervenção do clínico que procure

aumentar a frequência dessas verbalizações também teria chance de ser aversiva. O clínico, portanto, precisaria ser hábil ao constituir-se como uma “audiência não punitiva”, conforme definida anteriormente, e combinar as diversas intervenções aqui apresentadas como, por exemplo, *fading in* de assuntos aversivos e acolhimento e empatia para sua ocorrência, em um processo gradual (modelagem).

A última intervenção listada na Tabela 15.1, dentre as manipulações do termo da consequência, é a técnica de economia de fichas, que consiste na liberação de reforçador arbitrário contingente à emissão da resposta que se pretende instalar, manter ou aumentar sua frequência. O termo “economia de fichas” é derivado do uso inicial da técnica, nas décadas de 50 e 60, pelos modificadores do comportamento em hospitais psiquiátricos, com fichas que funcionavam como reforço condicional, e sua soma era posteriormente trocada por outros itens. Destaca-se aqui a necessidade de se avaliar os benefícios e riscos do uso de reforço arbitrário. Embora este tipo de controle do comportamento seja comumente alvo de críticas, nossa posição aqui é que ele pode ser útil, caso seja avaliado que:

1. ele instalará mais rapidamente uma resposta para a qual, inicialmente, o reforço natural não existe ou é insuficiente para mantê-la;
2. ele se constitui em uma alternativa inicial de instalação de resposta, mas para a qual o clínico planeja outras alternativas futuras de manutenção por meio de reforços intrínsecos; e/ou
3. seu uso manterá respostas iniciais que não se manteriam somente pelo reforço natural, mas que são importantes porque sua execução produz novos SDS, que se constituem em oportunidades de acesso a outros reforçadores (como reforço arbitrário para respostas de autocuidado em crianças pequenas e deficientes mentais que, se emitidas, aumentam a probabilidade destes se inserirem em grupos sociais).

Intervenções baseadas em modificação da resposta

É difícil descrever intervenções em termos de modificação de resposta, uma vez que se supõe que toda resposta tem uma função no ambiente. Em tese, nem seria possível dizer que uma intervenção modifica diretamente uma resposta, pois o que o clínico faz só pode ser antecedente ou consequente. Entretanto, destacamos aqui duas intervenções (role-play e modelação), e as classificamos como predominantemente modificadoras de resposta mais no

sentido de que elas visam o manejo direto de sua topografia. Ainda assim, é necessária uma relação estreita com seus antecedentes (como quando se discute o contexto para o qual seria mais adequada a sua emissão) e suas consequências (o que a resposta com nova topografia produzirá no analista e nas demais pessoas de seu ambiente social, que pode até modificar sua função).

A modelação consiste na relação entre um modelo antecedente e a resposta de observá-lo e imitá-lo, o que, em geral, produz para o imitador consequências similares às do modelo. Nesse sentido, diz-se que a sensibilidade à imitação tem componentes filogenéticos, isto é, existiria uma tendência a imitar, mesmo que sem treino. Por conta disso, o clínico deve atentar para seu próprio comportamento, pois, independentemente de planejar isso, é um modelo para seu cliente.

Como método de ensino, a modelação pode ser programada e complementa outras intervenções, como o uso de regras, podendo ser feita concomitante ou como alternativa a este uso. Ao aliar a modelação à modelagem, o indivíduo pode ser reforçado em duas habilidades: a emissão da resposta imitada e a resposta de imitar, em si. O imitar

generalizado, neste último caso, é considerado como uma classe de comportamento de ordem superior.

O *role-play* é uma técnica que corresponde ao uso da modelação, planejado e sinalizado pelo clínico. Neste uso, analista e cliente podem interpretar diversos papéis. O clínico pode, por exemplo, desempenhar o papel do cliente e solicitar que ele desempenhe o papel de seu chefe, colega, parceiro, etc., e, em seguida, trocar os papéis para observar e consequenciar o desempenho subsequente do cliente. Esta técnica também pode ser aliada à descrição das respostas imitadas, para uma suplementação verbal da contingência e, frequentemente, auxilia na dessensibilização de componentes respondentes, associados a esta interação, que poderiam estar suprimindo sua ocorrência. Com o *role-play*, o clínico aproxima, para a situação imediata, variáveis presentes em contingências fora da sessão, e pode manejar direta e imediatamente tais variáveis, em vez de se restringir ao relato verbal sobre estas.

INTERVENÇÕES PREDOMINANTEMENTE SOBRE COMPORTAMENTO RESPONDENTE

Usualmente, certos respondentes (como os envolvidos em comportamentos entrelaçados e complexos, comumente conhecidos como sentimentos, tais quais raiva, culpa, ansiedade e medo) são descritos pelos clientes como causa dos problemas que os levam à busca de terapia. Por esse e outros motivos, os clínicos precisam atentar para o relato sobre respondentes e sua manifestação na própria sessão. Assim, o papel dos respondentes sobre as dificuldades do cliente é que estes causam sofrimento, podem alterar o operante (suprimir a resposta ou exacerbá-la) ou levar o indivíduo a tentar controlá-los, o que muitas vezes só os agravam.

As intervenções realizadas sobre os respondentes dependem de uma análise cuidadosa sobre a relação operante-respondente que usualmente se estabelece. Nesse sentido, não só o respondente pode alterar o operante como o contrário também ocorre. Um indivíduo, por exemplo, pode sentir ansiedade em uma situação social aversiva, trazendo implicações para a resposta operante de “conversar”. Entretanto, pode também gaguejar enquanto conversa, e produzir a condescendência de seu interlocutor, o que, se for reforçador, coloca a gagueira sob controle operante. O clínico também deve atentar para os relatos e expressões de sentimentos como auxiliares para fazer uma avaliação funcional, como, por

exemplo, quando o relato de “alívio” sugere uma contingência de retirada de reforçamento negativo.

A partir dessa análise, o clínico pode escolher entre diversos caminhos de intervenção. Algumas técnicas se constituem em ferramentas disponíveis para reduzir respondentes, como a dessensibilização sistemática, a exposição, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e o treino de respiração. A racional dessas técnicas é que a diminuição dos respondentes seria importante e necessária para a redução de respostas de esquiva e o enfrentamento de estimulação aversiva. Entretanto, outros caminhos de intervenção incluem a modificação de regras a respeito dos sentimentos, como no caso da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT, proposta pelo pesquisador americano Steven C. Hayes, em que, em vez de tentar reduzir a ansiedade, o cliente é levado a descrevê-la como inevitável (aceitação) e a se comportar diante dos estímulos aversivos apesar dos sentimentos que eles eliciam (compromisso).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Clínicos analítico-comportamentais, talvez por suas origens históricas como modificadores de comportamento e

por suas bases experimentais, têm sido referidos, erroneamente, como “meros aplicadores de técnicas” usualmente voltadas para a eliminação de respostas pontuais. Procuramos, neste capítulo, demonstrar não apenas as razões para as quais esta atribuição é infundada, mas também qual é o papel das técnicas dentro do contexto das atividades do clínico analítico-comportamental e algumas maneiras de escolhê-las e utilizá-las. Conforme Skinner (1974),

A coleção de fatos é apenas o primeiro passo em uma análise científica. Demonstrar as relações funcionais é o segundo. [...] No caso presente, controle significa terapia. Uma ciência do comportamento adequada deveria dar talvez uma contribuição maior para a terapia do que para o diagnóstico. [...] Os passos que devem ser dados para corrigir uma determinada condição de comportamento seguem-se diretamente de uma análise dessa condição. Se podem ser efetivados depende, é claro, de se saber se o terapeuta tem controle sobre as variáveis relevantes (p. 204).

Nesse sentido, nossa posição é a de que, embora a intervenção não se reduza à aplicação de técnicas, a elaboração destas vai ao encontro da afirmação de Skinner a respeito da contribuição da ciência do comportamento à terapia. Ocorre que, conforme ele esclarece, sua utilização deve estar atrelada à coleta de dados e ao estabelecimento de relações funcionais. Em outras palavras, aplicar a “técnica

pela técnica” é aquiescência; é colocar o comportamento do clínico mais sob controle de uma regra do que das contingências que ocorrem ao longo das sessões; é restringir as possibilidades de ação. Já aplicar a técnica a partir da análise de contingências é rastreamento, combinando as vantagens de uma regra de conduta (a técnica) com a riqueza e a complexidade das variáveis presentes em um processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- Beckert, M. E. (2005). Correspondência verbal/não verbal: Pesquisa básica e aplicações na clínica. In J. Abreu-Rodrigues, & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 229-244). Porto Alegre: Artmed.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. São Paulo: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998)
- Del Prette, G. (2008). Lucas, um intruso no formigueiro: Filme infantil aborda bullying e relações hostis na infância. *Boletim Paradigma*, 3, 42-44.

Hübner, M. M. C., Almeida, P. E., & Faleiros, P. B. (2006). Relações entre comportamento verbal e não verbal: Ilustrações a partir de situações empíricas. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (vol. 18, pp. 191-219). Santo André: ESETec.

Pergher, N. K. (2002). De que forma as coisas que nós fazemos são contadas por outras pessoas? Um estudo de correspondência entre comportamento não verbal e verbal. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Ribeiro, A. F. (1989). Correspondence in children's self-report: Tacting and manding aspects. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51(3), 361-367.

Sidman, M. (2003). Coerção e suas implicações. Campinas: Livro Pleno. (Trabalho original publicado em 1989)

Skinner, B. F. (1974). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Edart. (Trabalho original publicado em 1953)

Tsai, M. T., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Zamignani, D. R. (2007). O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Referência deste capítulo

Del Prette, G. & Almeida, T. A. C. (1999) **O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental**. Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. *Sobre comportamento e Cognição* (V. 4). São Paulo: Arbytes

Clínica analítico-comportamental infantil: a estrutura

Joana Singer Vermes

Para um melhor aproveitamento deste capítulo, devemos, inicialmente, caracterizar o seu objetivo central. Quando se fala em estrutura de um processo, está-se referindo a um formato específico do fazer, ou a uma determinada ordem de uma prática. Neste trabalho, pretende-se oferecer um roteiro geral sobre a trajetória de uma terapia infantil de cunho analítico-comportamental.



No contato com clínicos recém-formados, residentes de psiquiatria e graduandos de psicologia, observa-se que, mesmo entre aqueles que apresentam uma consistente base teórica e um largo domínio das técnicas, é comum que haja inúmeras dúvidas em relação ao processo clínico. Algumas das questões mais apresentadas são: com quem devem ser as primeiras sessões? Com que frequência os familiares são atendidos? Quais são os requisitos necessários para que uma criança receba “alta” da terapia? Essas e muitas outras questões compõem aquilo que chamaremos aqui de “estrutura do processo terapêutico na clínica analítico-comportamental infantil” e têm como objetivo final proporcionar instrumentos para que o profissional possa conduzir de forma eficaz um processo que leve à melhora na qualidade de vida da criança.

Inicialmente, é fundamental salientarmos que consideramos o trabalho clínico um processo delineado a partir de uma demanda individual (em concordância com a perspectiva de que o indivíduo é único). Dessa forma, falar em “estrutura” requer parcimônia, destacando que apenas uma análise cuidadosa do caso trará informações para que o trabalho seja organizado de forma eficaz.

Outro aspecto que deve ser aqui considerado é que existem, entre as abordagens da psicologia e mesmo entre diferentes profissionais da mesma abordagem, diferentes formas de se conceber o trabalho clínico. Assim, o leitor deve levar em conta que as propostas apresentadas neste capítulo foram formuladas a partir da formação teórica e técnica e da história pessoal e profissional da autora.

O PRIMEIRO CONTATO

Tradicionalmente, na psicologia, é comum a associação entre as primeiras sessões de terapia e um psicodiagnóstico. Concebe-se, nesta proposta, que, antes de qualquer forma de intervenção, é necessária a coleta de dados e a formulação de um diagnóstico, ainda que não seja dentro dos parâmetros da psiquiatria. No trabalho clínico de orientação analítico-comportamental, que tem como base teórica o Behaviorismo Radical, entende-se que o comportamento é fluido e determinado por diversas interações entre indivíduo e ambiente, que se modificam constantemente. Sob essa perspectiva, avaliar um comportamento significa submetê-lo a uma série de condições e observar quais são as mudanças apresentadas. Conforme Millenson (1967), a própria noção de

“processo” se aproxima desse entendimento: “Processo comportamental é o que acontece no tempo com os aspectos significativos do comportamento à medida que se aplica um procedimento” (p. 56).

Na abordagem analítico-comportamental, portanto, não há uma separação entre uma fase de avaliação e outra de intervenção; em lugar disso, à medida que atividades, brincadeiras, jogos, conversas e leituras são propostos, o clínico avalia os comportamentos (no sentido de compreendê-los em relação às condições nas quais eles ocorrem) e procura intervir sobre os mesmos. Por exemplo: a condução de um jogo da memória pode fornecer dados sobre determinadas habilidades, possíveis dificuldades da criança em perder uma partida ou, ainda, em seguir regras. Ao mesmo tempo, o clínico se utiliza de estratégias para intervenção sobre esses mesmos comportamentos, tais como: proposições de regras, reforçamento diferencial, reforçamento arbitrário contingente às respostas esperadas, etc. A partir dessas intervenções, o profissional observa seus efeitos e compara com as condições anteriores. Configura-se, a partir desta prática, uma indissociabilidade entre avaliação e intervenção propriamente dita.

A primeira fase do trabalho clínico com criança consiste em uma entrevista com os pais¹ e/ou outros familiares. Vale mencionar que essa entrevista pode ocorrer em uma sessão, mas, frequentemente, estende-se para duas ou três sessões.

É muito comum que clínicos que iniciam seus trabalhos com as crianças questionem sobre quem deve estar presente na entrevista inicial. De fato, não há um único modo de se conduzir esta decisão, observando-se algumas diferenças entre profissionais. Em nosso grupo de profissionais, a escolha sobre quem é convocado a esse encontro depende de uma série de fatores: idade da criança, tipo de queixa, de onde e de quem partiu o encaminhamento, entre outros elementos. Entretanto, de maneira geral, tem-se decidido por convidar apenas os pais e/ou responsáveis nesse primeiro encontro.

A escolha por excluir a criança da entrevista inicial se justifica por uma série de fatores. Em primeiro lugar, os motivos pelos quais os adultos procuram um profissional, muitas vezes, envolvem uma série de elementos, histórias e dados que não poderiam ser apresentados de forma clara na presença da criança (seja devido à adequação do tema para a faixa etária, seja por envolver aspectos familiares sobre os quais a criança ainda não pode ou não deve ter acesso).

O segundo aspecto se refere ao fato de que faz parte dos objetivos do primeiro encontro o estabelecimento do contrato clínico, que inclui os horários, honorários, o modo de se conduzir faltas e férias, a apresentação sobre a forma de trabalhar do profissional, componentes éticos, entre outros. A explanação desses elementos pode não condizer com as expectativas dos pais, que podem decidir não contratar o serviço. Nesse caso, pode ser frustrante para a criança ter que repetir todo o procedimento com um segundo profissional, além de gerar um desgaste desnecessário para todos os envolvidos.

O terceiro elemento importante que justifica a ausência da criança na primeira entrevista se relaciona ao fato de que, muitas vezes, o profissional avalia que o trabalho psicoterápico com a criança não é necessário, e, em alguns casos, é até contraproducente. Frequentemente, a partir do primeiro contato, o profissional opta pelo trabalho de orientação familiar e, às vezes, pelo encaminhamento a outro tipo de serviço (fonoaudiólogo, psicopedagogo ou até um colega com maior especialidade em determinados problemas infantis). Nesses casos, também se considera desnecessária a presença da criança no consultório para a primeira entrevista.

Na primeira fase do processo, o clínico tem como objetivo central a coleta de dados sobre a criança. Basicamente, procura-se levantar as seguintes informações: o motivo para a busca pela terapia; os tratamentos anteriores e em andamento para a solução do problema; os hábitos da criança; diversos dados gerais sobre sua história de vida, incluindo saúde, relações familiares, vida escolar, sono, alimentação e relações com outras crianças. Procura-se, ainda, obter os primeiros dados que comporão a análise sobre as queixas. Algumas das questões mais importantes, que devem ser realizadas nesse primeiro momento, são: desde quando o problema é apresentado; em quais contextos o comportamento indesejado socialmente ou pelos pais costuma aparecer; com quais pessoas o problema se mostra mais ou menos intenso; quais são as condutas habituais das pessoas para tentar lidar com a situação, entre outras perguntas. Vale dizer que diversas questões surgem, ainda, a partir do tipo de caso apresentado, sendo importante que o profissional obtenha os principais dados que permitirão dar início ao trabalho. Conhecendo algumas informações relevantes sobre a criança, o clínico pode planejar as primeiras sessões, tendo em vista examinar o aparecimento das queixas em sessão.

Também faz parte dos primeiros contatos com os pais a apresentação sobre a forma de trabalho, o que inclui contar a eles sobre o que acontecerá nas sessões. Frequentemente, os pais têm dúvidas acerca do que se faz em uma sala de terapia infantil. É importante esclarecer sobre o uso de diversos recursos (conversas, brincadeiras, jogos, desenhos, livros, material escolar, etc.) como parte do trabalho. Apresenta-se também, brevemente (podendo haver um aprofundamento caso seja interesse dos pais), alguns elementos sobre a clínica analítico-comportamental, incluindo a visão de homem, e quais são os seus procedimentos e técnicas derivados.

É bastante frequente os pais conceberem o processo clínico da criança como a “saída mágica” para todos os problemas. Dessa forma, os adultos podem, equivocadamente, supor que, uma vez que a criança está submetida a esse serviço, podem se despreocupar em relação à promoção de mudanças. Na realidade, os encontros com a criança permitem que o profissional estabeleça algumas relações funcionais sobre o problema e intervenha sobre várias delas, trazendo, de fato, algumas mudanças. Entretanto, são nos contextos naturais (família, escola, etc.) que novas relações podem ser desenvolvidas, alterando efetivamente o repertório comportamental da criança. Dessa maneira, é fundamental

explicitar para os pais a importância da presença deles nesse processo, frequentando as sessões de orientação familiar, experimentando novas formas de agir com a criança a partir das orientações do profissional e, ainda, fornecendo dados que ajudem o clínico na condução do caso. Assim, nesses primeiros encontros com os pais, é combinada a frequência e o formato das sessões de orientação.

Também faz parte do primeiro contato o preparo da primeira sessão entre o clínico e a criança. Para isso, deve-se investigar o que a criança sabe sobre a terapia e, muitas vezes, orientar os pais sobre como eles podem explicar a ela sobre esse tipo de trabalho, de forma simples e realista. Uma opção é apresentar para a criança da seguinte maneira: “Você vai conhecer um psicólogo, que é uma pessoa que ajuda as pessoas a tentarem resolver seus problemas e serem mais felizes. Lá você vai conversar, brincar, desenhar para ele te conhecer melhor e te ajudar”.

Por fim, são nestes primeiros encontros que o clínico combina com os pais as questões práticas, incluindo horários, honorários, frequência das sessões, férias, etc. Os acordos variam de acordo com o caso e com a forma do profissional trabalhar.

PRIMEIRAS SESSÕES COM A CRIANÇA

Para planejar o primeiro contato com a criança, é salutar que o clínico considere o estabelecimento de uma boa relação, composta por interações gratificantes como um dos principais objetivos.

De fato, no trabalho clínico com adultos, via de regra, são eles os próprios interessados no serviço e, portanto, em geral é a pessoa que faz o primeiro contato com o profissional. No caso do público infantil, a solicitação pelo trabalho costuma partir de adultos que se relacionam com a criança – pais, profissionais de escola, pediatras, pedagogos, entre outros. A importância de se considerar este aspecto se relaciona, principalmente, com a preocupação que o clínico deve ter com a construção de um bom vínculo com a criança, uma vez que, a princípio, o interesse pelo trabalho não advém dela.

Para atender a essa demanda, o profissional tem como desafio a união das seguintes tarefas: criar um contexto agradável para a criança, que a faça querer retornar às sessões; estabelecer algumas regras (como, por exemplo, impedir que ela mexa em objetos pessoais do profissional) e, ainda, observar seus comportamentos tendo em vista a formulação das primeiras hipóteses funcionais.

Na primeira sessão com a criança, sugere-se que o profissional possibilite interações leves, buscando informações sobre os seus gostos, alguns hábitos e assuntos de seu interesse (para isso, é fundamental o prévio conhecimento sobre estes a partir da entrevista com os pais). Atividades envolvendo desenho, massinha de modelar e pintura são aceitas pela maioria das crianças e podem ser facilitadoras na apresentação de algumas informações sobre elas. Por exemplo: em um primeiro desenho da família, M., uma menina de 6 anos, representou o pai do lado de fora da casa. Quando questionada sobre o que ele estava fazendo lá, a criança respondeu: “Voltando do bar”. Esta informação, aliada a outras coletadas em entrevistas com os pais, fortaleceu a hipótese da profissional sobre um possível alcoolismo do pai e a pouca proximidade deste com a filha.

Também neste primeiro momento com a criança é importante explicar o que é o trabalho clínico, quais são seus objetivos, o que será feito nas sessões, alguns aspectos éticos, entre outras informações solicitadas pela criança. Ainda, é muito importante que o clínico procure levantar quais são os elementos da vida que trazem incômodo para a criança (o que, muitas vezes, não coincide com as demandas dos pais). Para facilitar esta conversa, podem ser utilizados livros como

O Primeiro livro da criança sobre psicoterapia (Nemiroff e Annunziata, 1995).

Por fim, vale destacar o seguinte ponto em relação às primeiras sessões com a criança: embora as primeiras sessões devam se constituir como contextos agradáveis, gratificantes e pouco aversivos, é fundamental que as principais regras sejam apresentadas desde o início. Exemplos dessas regras são: na primeira parte da sessão, é o profissional quem escolhe a atividade; os brinquedos devem ser guardados antes de outros serem retirados; etc. O grande risco de deixar que essas regras sejam apresentadas apenas quando o vínculo está bem consolidado é que a criança se sinta enganada ou, ainda, associe a profundidade da relação com regras que possam conter algum grau de aversividade.

Também nesse primeiro momento com a criança, é importante explicar o que é o trabalho clínico, quais são seus objetivos, o que será feito nas sessões, alguns aspectos éticos, entre outras informações solicitadas pela criança.

Alguns aspectos que o clínico deve atentar nos encontros iniciais com a criança: criar um contexto agradável, aumentando a probabilidade da criança querer retornar; estabelecer regras, visando o bom andamento dos encontros;

observar os comportamentos da criança, na busca por informações importantes para a formulação de hipóteses funcionais, o que inclui eventos que podem ser utilizados como reforçadores posteriormente.

O DECORRER DO TRABALHO CLÍNICO

O trabalho clínico com crianças guarda características peculiares a cada caso atendido, assim como se verifica no trabalho com adultos. Por isso, as regras envolvidas, as características das sessões, as atividades utilizadas, o tipo e a periodicidade de contato entre o profissional e os pais e/ou outros profissionais são elementos que podem variar bastante entre diferentes crianças atendidas.

Ainda assim, é possível sistematizar algumas práticas mais comuns no decorrer do trabalho clínico com crianças em uma orientação analítico-comportamental. Apresentaremos algumas das práticas adotadas, com a ressalva de que não estão cobertos todos os elementos aos quais o clínico deve atentar. Para informações complementares e bastante ricas sobre o assunto, sugere-se a leitura de Conte e Regra (2000), bem como os demais capítulos desta seção do livro.

Em relação à administração de número de sessões e do tempo da sessão, observa-se que, em geral, clínicos analítico-comportamentais infantis adotam a prática de uma a duas sessões por semana com a criança. A decisão pela frequência depende da necessidade do caso e da disponibilidade da criança e seus familiares para o atendimento. Na maioria dos casos, as sessões têm duração de 50 minutos.

Cada sessão é organizada de forma particular, mas um formato bastante comum contém uma primeira parte (com duração média de 35 minutos) que é planejada e envolve atividades escolhidas pelo profissional, conforme os objetivos terapêuticos. A segunda parte (os últimos 15 minutos) é, em geral, dedicada a uma atividade ou brincadeira escolhida pela criança. É importante destacar que, no caso do trabalho com criança, é fundamental que haja, realmente, uma parte planejada e organizada pelo clínico. Caso contrário, tem-se como risco uma sessão recheada de brincadeiras e diversão, mas sem um claro propósito de coleta de dados e/ou intervenção. É evidente que, dependendo do caso e da queixa, não só é possível, como necessário estabelecer que a maior parte ou até mesmo toda a sessão seja de escolha da criança. Entretanto, esta decisão deve ser tomada com base no plano

clínico, a partir de discussões, supervisão ou uma boa análise do caso.

Outro ponto importante referente ao processo clínico no trabalho com crianças diz respeito ao contato com os pais e outras pessoas ligadas a elas. Novamente, cada caso deverá fundamentar uma prática única, mas, via de regra, o encontro com os pais costuma acontecer pelo menos uma vez por mês. Em muitos casos, observa-se a necessidade de encontros quinzenais ou até semanais. Não raramente, em algum momento, opta-se por maximizar as sessões com os pais e diminuir o número de encontros com a criança.

O contato com o pessoal da escola e outros profissionais deve ser feito à medida que os problemas da criança estejam relacionados à educação e/ou a questões que envolvam esses outros profissionais. É importante destacar que a criança deve estar ciente desses contatos, de forma a se preservar a relação terapêutica.

Mais um elemento a ser considerado nesta análise do que compõe um processo clínico infantil diz respeito ao material utilizado nas sessões. Embora parte do material para análise advinha da interação verbal, quase sempre são necessários outros recursos, tanto

para investigação quanto para intervenção sobre os comportamentos. Esses recursos são compostos por desenhos, livros infantis, material escolar, bonecos, jogos, argila, filmes, desenhos animados, fantoches, bichos de pelúcia, sucatas e mais uma infinidade de materiais. É importante salientar que cabe ao clínico a escolha e utilização de materiais que possibilitem a observação e intervenção dos comportamentos clinicamente relevantes. Por exemplo: para uma criança com dificuldades de se comunicar com adultos, pode ser mais interessante a escolha por brincadeiras que exijam algum tipo de fala do que aquelas atividades mais silenciosas.

Ainda em relação às brincadeiras, é fundamental que o profissional planeje antes da sessão quais delas serão utilizadas e com qual objetivo. Dessa maneira, evita-se que a atividade tenha um valor puramente recreativo, mesmo que seja conduzida de forma muito agradável e divertida. Mesmo na parte da sessão na qual a criança pode escolher a brincadeira, é importante que o clínico não perca o foco dos objetivos do trabalho, afinal, todos os comportamentos, verbais e não verbais, apresentados na sessão podem trazer informações importantes.

Ainda em relação ao processo clínico, é importante destacar quais são os objetivos gerais (válidos para a maioria dos casos) que, uma vez alcançados, podem conduzir o profissional a encerrar o trabalho com a criança:

1. identificar as principais variáveis envolvidas nos comportamentos-alvo da criança, o que significa compreender quais são as condições que desencadeiam, fortalecem e mantêm o “problema”;
2. habilitar os pais e, se possível, a própria criança, a realizar tais análises, de forma que detenham maior conhecimento sobre os comportamentos;
3. ensinar à criança repertórios alternativos àqueles considerados problemáticos, de forma que ela tenha maiores oportunidades de reforçamento e que, ao mesmo tempo, possa constituir-se como uma fonte de reforçamento para as pessoas que com ela se relacionam;
4. orientar os pais para que possam lançar mão de condutas mais saudáveis e efetivas. Considera-se, em última análise, que é papel do clínico utilizar seus conhecimentos teóricos e técnicos para contribuir ao desenvolvimento de uma criança que apresente menos sofrimento e que tenha melhor qualidade de vida.

O ENCERRAMENTO DO TRABALHO CLÍNICO INFANTIL

No subtópico anterior, foram apresentados os objetivos gerais mais importantes a serem buscados no trabalho clínico analítico-comportamental infantil. Em um trabalho muito bem-sucedido, é possível que o profissional possa assumir que foi possível cumprir tais objetivos. Pode-se afirmar que, idealmente, o trabalho clínico deve ser encerrado quando esse alcance foi concretizado. Isto não significa, obviamente, ter-se como finalidade uma criança livre de problemas e limites – o que seria, na realidade, impossível, mas sim ter-se como objetivo uma criança que, diante de uma série de condições do ambiente, possa apresentar comportamentos que a levem para uma vida mais saudável.

Infelizmente, em muitos casos, o trabalho clínico é finalizado sem que os objetivos maiores sejam alcançados, e é importante que o profissional possa identificar o momento no qual isso deve acontecer.

Uma das razões que justificam o término do trabalho diz respeito à constatação de que os repertórios do profissional para ajudar a criança foram esgotados; ou seja: mesmo com o acompanhamento de um supervisor, de estudo e dedicação, não se observam avanços significativos, podendo indicar a necessidade da condução do caso por outro profissional.

Outro motivo para o encerramento do trabalho com a criança relaciona-se à consideração de que os benefícios do trabalho para a criança, de alguma forma, foram esgotados. Nesses casos, é fundamental avaliar as seguintes possibilidades:

1. a indicação de um trabalho de orientação parental/familiar, descolado do trabalho clínico infantil, ou
2. o encaminhamento a outros serviços que possam preencher objetivos não contemplados pelo trabalho clínico, tais como fonoaudiólogos, pedagogos, médicos, etc.

Assim como na análise clínica com adultos, o desligamento não deve, dentro do possível, ser feito de maneira abrupta. Deve-se considerar que o encerramento do trabalho envolve uma separação da criança com uma pessoa que provavelmente tornou-se importante em sua vida. Por isso, é salutar que a criança e os familiares possam ter a chance de perceber que, gradativamente, vão precisando menos da ajuda profissional. Para isso, o espaçamento entre as sessões é bastante oportuno. A cada encontro, é interessante que o clínico avalie a experiência desse desligamento gradual, junto à criança e seus pais.

As sessões que antecedem o término do trabalho envolvem, via de regra, retomar os elementos principais, desenvolvidos no decorrer do processo clínico, e planejar estratégias para manutenção dos ganhos. Por fim, cabe ao profissional encerrar o processo de forma agradável, aumentando as futuras chances de procura da criança e dos pais por ajuda profissional, quando for novamente necessário.

REFERÊNCIAS

Conte, F. C., & Regra, J. A. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: Novos aspectos. In E. Silvaes (Org.), Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil (vol. 2). Campinas: Papirus.

Millenson, J. R. (1967). Princípios de análise do comportamento. Brasília: Coordenada.

Nemiroff, M. A., & Annunziata, J. (1995). O primeiro livro da criança sobre psicoterapia. Porto Alegre: Artmed.

Referência deste Capítulo:

Vermes, J. S. (1999) **Clínica analítico-comportamental infantil: a estrutura**. Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. Sobre comportamento e Cognição (V. 4). São Paulo: Arbytes

O brincar como ferramenta de avaliação e intervenção na clínica analítico-comportamental infantil

Giovana Del Prette
Sonia Beatriz Meyer

A definição de “comportamento de brincar” é alvo de muita discordância entre os teóricos que investigam essa temática. Conforme De Rose e Gil (2003), a maioria das definições enfatiza a espontaneidade e o prazer deste ato. Brincar, por meio de jogos ou brincadeiras, estruturados ou não, é a atividade mais comum da criança e é crucial para o seu desenvolvimento, além de ser uma forma de comunicação. Del Prette e Del Prette (2005, p. 100) ressaltam que o jogo é utilizado em todas as tradições culturais “com objetivos educacionais distintos como socialização, transmissão de valores e desenvolvimento de autonomia”.



A importância dos jogos vem sendo enfatizada por pesquisadores e teóricos como uma maneira pela qual a criança aprende a controlar o ambiente e fortalecer suas habilidades sociais e de raciocínio (Goldstein e Goldstein, 1992). O jogo, nesse sentido, intensifica os contatos da criança com o mundo, fornece a oportunidade de fazer e manter amizades e ajuda a criança a desenvolver uma autoimagem adequada. Para os autores, o faz-de-conta da criança pequena a ajuda a desenvolver fundamentos básicos de socialização.

As ações da criança, em contexto de brincadeira, muitas vezes expressam sentimentos, desejos e valores que ela não consegue, ainda, expressar por meio de relatos verbais, devido às limitações próprias de seu estágio de desenvolvimento em linguagem. Possivelmente por suas diferentes funções e importância, o brincar passou a fazer parte das práticas de psicoterapia infantil (inicialmente em abordagens como a psicanálise, a psicologia humanista, a Gestalt-terapia e, mais recentemente, na abordagem analítico-comportamental). Convém salientar que essa atenção dada ao brincar não constitui propriamente uma novidade na abordagem analítico-comportamental. Já na década de 60, Ferster (1966) descreveu e analisou funcionalmente o atendimento de uma menina autista de 4 anos de idade e ressaltou o papel do uso

do brinquedo como um facilitador da interação criança-analista.

DEFINIÇÃO

O brincar é um comportamento que, segundo De Rose e Gil (2003, p. 376), “implica estímulos discriminativos, modelos, instruções e consequências, de tal modo que a criança pode, a partir de seu repertório inicial, refinar seus comportamentos e aprender novos”.

Skinner (1991) distingue, na brincadeira, o jogo do brincar livre, definindo o jogar como uma atividade que envolve contingências de reforçamento planejadas, isto é, regras pré-estabelecidas. Por outro lado, o brincar livre, por não ter regras estabelecidas na cultura, pode ser considerado menos controlado pelo ambiente social imediato. A brincadeira é “um meio efetivo de construir o *rapport* e reduzir demandas verbais feitas para a criança e [...] um meio para amostragem do conteúdo das cognições da criança” (Kanfer, Eyberg e Krahn, 1992, p. 50). O brincar em terapia pode ser compreendido como um conjunto de procedimentos

que utilizam atividades lúdicas (jogo ou brinquedo) como mediadoras da interação clínico-cliente.

COMO CLASSIFICAR O BRINCAR EM TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL INFANTIL

Algumas possibilidades de uso clínico do brincar são apresentadas a seguir:

a) Brincar (BRC): Episódios verbais de interação lúdica, com conteúdo restrito às falas próprias do brinquedo, brincadeira ou jogo. As falas incluídas nessa categoria podem se referir à leitura do jogo, à execução da atividade definida pelo jogo, aos comentários sobre o andamento da brincadeira, à preparação dos objetos e às peças da brincadeira.

Critérios de inclusão:

a) a interação deve ser lúdica.

Critérios de exclusão:

a) a ação ou verbalização não apresenta conteúdo de fantasia;

b) a ação ou verbalização não se refere ao cotidiano da criança.

b) Fantasiar (FNT): Episódios verbais de interação lúdica, com conteúdo de fantasia. Entende-se por fantasia as ações ou verbalizações que extrapolam os

limites físicos do brinquedo, brincadeira ou jogo por meio de representação de papéis, imaginação, simulação, faz-de-conta, etc. As falas incluídas nessa categoria podem se referir a: animismo a objetos, elaboração de histórias, incorporação de personagens, desempenho de papéis, etc.

Critérios de inclusão:

a) a interação deve ser lúdica;

b) a ação ou verbalização deve apresentar conteúdo de fantasia;

c) se o fantasiar fizer parte de uma atividade em sessão, categoriza-se Fantasiar (FNT), e não Fazer Atividades (ATV).

Critérios de exclusão:

a) a ação ou verbalização não deve se referir ao cotidiano da criança.

c) Fazer Exercícios (FEX): Episódios verbais de interação em que a criança realiza exercícios em sessão junto com o terapeuta ou sob a supervisão deste. A diferença entre o “exercício” e o “brincar” consiste no primeiro se referir a atividades, normalmente programadas pelo terapeuta, para serem feitas durante a sessão, como, por exemplo, caligrafia, escrever uma história, desenhar de acordo com um tema proposto pelo terapeuta, fazer as tarefas da escola em sessão. A própria criança diferencia o exercício do brincar, exemplificado quando, não raro, ela questiona com frases como “depois que terminarmos aqui, podemos ir brincar?”.

Critérios de exclusão:

- a) se o fantasiar fizer parte de um exercício em sessão, categoriza-se Fantasiar (FNT), e não Fazer Exercícios (FEX);
- b) se, durante a atividade, o terapeuta conduzir o diálogo para fazer relações entre variáveis desta atividade e o cotidiano da criança, categoriza-se Conversar Decorrente (CDE);
- c) se, durante a atividade, o terapeuta conduzir diálogos paralelos sobre o cotidiano da criança, categoriza-se Conversar Paralelo (CPA).

d) Conversar Decorrente (CDE): Episódios verbais (sobre eventos dentro ou fora da sessão, ou abstratos/conceituais) com tema associado a alguma variável do brincar, brincadeira, jogo ou atividade em curso. Nesse caso, é possível que o terapeuta e a criança continuem brincando enquanto conversam, ou que o brincar/ fazer atividade seja interrompido por alguns instantes. Quando o brincar/fazer atividade é interrompido, pode-se retornar a este depois da conversa, ou não. As falas incluídas nessa categoria referem-se a associações entre, por exemplo, brincar de escolinha e conversar sobre a professora ou o desempenho escolar da criança; brincar com “família de bonecos” e comportamentos dos familiares em relação à criança; brincar com um jogo qualquer e questionar com qual coleguinha a criança joga esse jogo.

Critérios de exclusão: se o tema da conversa mudar e tornar-se um tema diferente daquele relacionado ao brincar/fazer atividades, passa-se a categorizar Conversar Paralelo (CPA), se a díade ainda estiver brincando ou fazendo atividades, ou

Conversar Outros (COU), se a díade não estiver brincando nem fazendo atividades.

e) Conversar Paralelo (CPA): Episódios de interação em que o brincar/fazer atividades está apenas temporalmente relacionado ao conversar, mas os temas são diferentes e, portanto, independentes. O brincar/fazer atividades é ação (geralmente motora) que ocorre paralelamente a uma interação verbal sobre diferentes temas não pertinentes a tais ações. As falas incluídas nessa categoria se referem, por exemplo, a conversar sobre a escola enquanto se brinca de modelar argila; conversar sobre a família enquanto se colore um desenho não associado à família; conversar sobre atividades da semana durante o jogo de damas.

Critério de exclusão: se a díade interrompe a brincadeira para conversar sobre um tema não relacionado, categoriza-se Conversar Outros (COU).

f) Conversar sobre Brincar (CBR): Episódios verbais de interação não lúdica com conteúdo referente a brincar, brincadeira ou jogo. As falas incluídas nessa categoria podem se referir a: comentários sobre brincadeira já encerrada; planejamento de brincadeiras posteriores; comentários sobre os brinquedos da sala; relatos sobre brincadeiras do cotidiano da criança.

Critérios de exclusão: se a díade conversar sobre brincadeiras do cotidiano da criança, mas o relato da criança incluir sua interação com crianças ou adultos, categoriza-se Conversar Paralelo (CPA) ou Conversar Outros (COU).

g) Conversar Outros (COU): Episódios verbais de interação não lúdica com ações ou verbalizações referentes a quaisquer temas, exceto brinquedo, brincadeira ou jogo. As falas incluídas nessa categoria se referem, por exemplo, a: apresentar-se, fornecer informações sobre a terapia, dialogar sobre o que a criança está aprendendo na escola ou sobre a rotina da semana, etc.

Crítérios de exclusão: se o tema da conversa for decorrente de uma brincadeira ou atividade que a díade estava realizando na sessão, categoriza-se Conversar Decorrente (CDE).

A organização dos diferentes usos do brincar, nas categorias apresentadas, demonstra ao clínico a possibilidade de realizar diversas escolhas baseadas não apenas em quais brinquedos encontram-se disponíveis na sala, mas no que ele pode fazer com cada um. Alguns brinquedos, com regras menos estruturadas (como bonecos, massinha e desenhos) favorecem o uso da imaginação, em interações do tipo Fantasia. Outros são mais estruturados (como jogos de tabuleiro e de cartas), em que vários comportamentos podem ser observados e manejados, e favorecem interações do tipo Brincar. Tanto em jogos estruturados quanto em atividades mais livres, o clínico pode estabelecer relações entre o brincar e o cotidiano da criança (ou ensinar a criança a fazê-lo), em interações do tipo Conversar Decorrente. Além disso, pode

conversar sobre o cotidiano enquanto brinca (Conversar Paralelo) ou conversar com a criança sem brincar (Conversar sobre Brincar, ou Conversar Outros).

Porém, os tipos de interação não se restringem ao jogo escolhido: o clínico hábil pode aproveitar oportunidades para transitar pelas diversas categorias em praticamente qualquer atividade que realize com a criança. Suas escolhas ocorrem em função de uma combinação de fatores:

- a) a construção de uma relação terapêutica favorável;
- b) os objetivos gerais e específicos de cada sessão de atendimento à criança; e
- c) as estratégias de intervenção que o clínico pretende utilizar. O brincar é uma atividade importante em cada um desses itens, conforme será discutido a seguir.

O BRINCAR NA CONSTRUÇÃO DE UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FAVORÁVEL

A situação lúdica também pode ser entendida como promotora de aliança terapêutica efetiva porque se constitui em uma atividade altamente reforçadora para a criança (Guerrelhas, Bueno e Silveiras, 2000). Brincar pode

contribuir, por essa via, para o engajamento da criança no processo e, portanto, para a efetividade da terapia.

De uma forma ou de outra, brincar é um comportamento observado em crianças nos mais diversos contextos, como o escolar, o familiar e na interação com seus pares. Em sessões de terapia analítico-comportamental infantil, o brincar pode colaborar na promoção de uma relação clínico-criança altamente reforçadora. Em outras palavras, a criança se mantém engajada nesse tipo de atividade e, por essa via, engaja-se na interação com o clínico. Quando tal engajamento ocorre, pode-se observá-lo por meio de seus comportamentos durante o brincar, especialmente pelas falas de exclamação e humor (denotativas de prazer), e também pelas solicitações, bastante comuns, para que continuem a brincar ou para que voltem a escolher os brinquedos já utilizados. Esse dado sugere maior probabilidade de adesão e de boa qualidade do relacionamento, que são pré-requisitos e preditores de bons resultados.

Às vezes, o clínico pode até mesmo dedicar parte do tempo da sessão para brincar com a criança com jogos ou atividades que não são necessariamente úteis para fazer intervenções sobre os principais problemas que a levaram à

terapia. Contudo, são úteis para promover uma boa relação terapêutica no sentido aqui apresentado. Geralmente, correspondem às brincadeiras que a criança mais escolhe (suas preferidas) e em que mais se diverte, com pouco risco de incidentes indesejáveis.

O clínico pode dedicar a parte inicial da sessão (ou até mesmo algumas sessões inteiras) a estas brincadeiras para “quebrar o gelo” quando a criança aparenta resistência à terapia. Ou seja, tais brincadeiras facilitarão uma interação que produz sentimentos e sensações agradáveis (alegria, prazer, entusiasmo, interesse), incompatíveis com os de desconfiança, medo, irritação, dentre outros.

Outra opção, que não exclui a anterior, é utilizar as brincadeiras “mais divertidas” no final da sessão. Supondo que o brincar seja reforçador, a criança procurará repeti-lo, mas só poderá fazê-lo na semana seguinte, o que se traduz em maior motivação para retornar a cada semana.

Ressaltamos, contudo, que as brincadeiras não devem se restringir somente ao objetivo de produzir uma relação boa com a criança. Muitas vezes, os estagiários ou clínicos pouco experientes têm dificuldade para perceber os outros usos do brincar, e, não raro, relatam a sensação de que brincaram

somente para “entreter” a criança. A aprendizagem do uso do brincar para a avaliação funcional e a intervenção, de fato, pode ser difícil, pois envolve a observação e o manejo de muitas variáveis (algumas sutis), além de habilidades terapêuticas mais específicas ao relacionamento com a criança.

O BRINCAR COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO

Primeiramente, destacamos aqui que a avaliação funcional, na clínica analítico-comportamental, é realizada durante todo o processo terapêutico. Essa avaliação pode se dar por meio da interação com a criança, com os pais (em sessões de orientação), com vários membros da família (a criança acompanhada dos pais e/ou irmãos) ou mesmo com outros significantes (professores, diretor da escola, médico).

De certa maneira, podemos dizer que, nas primeiras sessões de atendimento, o clínico observa e manipula variáveis com o objetivo principal de avaliar a criança em vários aspectos (além do objetivo já referido de promover uma boa relação terapêutica). Aos poucos, quanto mais sólidas forem suas hipóteses, essa manipulação de variáveis passa gradativamente a objetivar também intervenções para

modificar comportamentos, sem abandonar a avaliação (inclusive sobre os efeitos da intervenção).

Um aspecto básico avaliado pelo clínico no início de um atendimento é o nível de desenvolvimento da criança, incluindo a sua alfabetização. Isso é importante para comparar os comportamentos observados com o que seria esperado para a faixa etária da criança e, também, para ajustar a escolha dos brinquedos nas sessões seguintes. Outro aspecto avaliado é o repertório inicial de comportamentos da criança, incluindo o repertório para brincadeiras e também para interações mais semelhantes àquelas que ocorrem entre o clínico e o cliente adulto.

Ao brincar com a criança, o clínico pode manipular variáveis (de modo assistemático, diferentemente do pesquisador) e avaliar como a criança reage. Ele pode, por exemplo, ganhar propositalmente em um jogo e então observar se a criança desiste, se reage de maneira agressiva, se solicita ajuda ou se tenta jogar melhor. De todo modo, algumas reações, mais assertivas ou mais criativas, podem ser tomadas como indicadores dos recursos comportamentais da criança, ao passo que outras reações, passivas ou agressivas,

indicariam necessidade de intervenção sobre esses comportamentos.

A escolha de quando e como o clínico deve procurar utilizar o brincar em sessões com a criança varia principalmente em função de:

- a) objetivos do clínico com cada cliente;
- b) nível de desenvolvimento da criança;
- c) variações da preferência dos clientes por uma ou outra brincadeira.

Basicamente, podemos afirmar que o clínico brinca com a criança porque, em geral, ela não é tão capaz de relatar eventos do cotidiano tal qual o faz o adulto, e, ao brincar, poder-se-á observar e intervir sobre certos padrões de comportamento.

O brincar é um procedimento que facilita a observação direta sobre o modo como a criança interage com o brinquedo e com o parceiro da brincadeira (no caso, o analista). Incluem-se aqui as evidências quanto ao modo como as crianças reagem às situações propostas pelo clínico, à necessidade de se adequar às regras do jogo e às solicitações para que expresse seus sentimentos. Alguns dos padrões de

comportamentos observados podem ser análogos aos problemas responsáveis por ela necessitar de atendimento. Uma criança encaminhada à terapia devido a sua “timidez”, por exemplo, pode esquivar-se de escolher a brincadeira, mesmo quando solicitada. Outra, com problemas de “agressividade” e “comportamento opositor”, pode tentar burlar as regras do jogo ou representar interações agressivas com bonecos.

Na situação lúdica, a criança revela e descobre seus sentimentos, pensamentos, intuições e fantasias, possibilitando ao clínico obter dados importantes para o conhecimento de sua história de vida (Windholz e Meyer, 1994). Desse modo, o brincar pode ser utilizado com o objetivo de avaliação do repertório da criança, permitindo o acesso indireto a seus pensamentos e sentimentos e o acesso mais direto às suas respostas abertas, em relação a variáveis de controle ambientais.

Além de obter informações observando padrões de comportamento da criança ao brincar, o clínico também pode coletar dados sobre o cotidiano dela por meio de perguntas durante as brincadeiras (categorias Conversar Decorrente e Conversar Paralelo). Algumas dessas informações talvez

fossem obtidas com mais dificuldade, caso não houvesse a brincadeira concomitante. Às vezes, os clínicos se deparam com crianças excessivamente caladas, que emitem apenas respostas monossilábicas quando algo lhes é perguntado diretamente. Em geral, isso ocorre porque a criança não possui suficiente repertório verbal para esse tipo de interação ou também porque, em sua história de vida, diálogos com adultos podem ter se tornado uma interação aversiva (como quando pais conversam para fazer cobranças ou repreensões). Assim, a aversividade pode se generalizar, fazendo a criança se esquivar desse tipo de interação mesmo com outros adultos. É preciso considerar, também, se a recusa em relatar eventos se deve à aversividade do conteúdo relatado, como, por exemplo, quando o clínico pergunta sobre a escola, onde ela é zombada pelos seus colegas, e então ela não dá as informações solicitadas.

A alternativa de se fazer perguntas à criança durante a brincadeira constitui uma maneira de facilitar a obtenção do relato. Isso pode acontecer devido a uma combinação de fatores, que vão desde a redução do contato olho a olho (quando o clínico e a criança estão olhando e manuseando brinquedos) à redução da semelhança entre essa interação e as conversas mais “sérias” que usualmente a criança tem com

adultos, ou mesmo o fato do brincar produzir sensações de prazer, incompatíveis com as sensações desagradáveis que podem estar associadas a certos relatos mais difíceis sobre o cotidiano. Além desses motivos, relatos da criança que comparem situações do cotidiano com o brincar podem ser mais fáceis por se tornarem fatos parcialmente sob controle de estímulos presentes, como, por exemplo, em: “Eu não jogo damas com meu irmão do jeito que eu jogo aqui, porque, com ele, a gente acaba brigando”.

Conforme a classificação apresentada, o Fantasiar é uma das possibilidades do brincar e seu uso na avaliação é útil para identificar comportamentos encobertos e manifestos da criança (por exemplo, Regra, 1997; Penteado, 2001). A inclusão de estratégias lúdicas e de fantasia na avaliação (e também na intervenção direta com a criança) propicia a ampliação das relações, que passam a se dar não apenas entre a criança e o clínico como também entre eles e os personagens das brincadeiras (Conte e Regra, 2002).

Na fantasia, a criança atribui funções e características a objetos e personagens para além daquelas que poderiam ser observadas na realidade. Por exemplo, um pino de madeira se torna o “irmãozinho”; um boneco de massinha pode “falar e

andar”; o desenho de um patinho evoca uma longa história equivale à noção de Skinner a respeito de formação de imagens. Segundo Skinner (1989/1991, 1953/1994), “formar imagens”, isto é, ver na ausência da coisa vista, é uma visão condicionada que explica a tendência que se tem de ver o mundo de acordo com a história prévia.

No processo clínico, o fantasiar poderia ser considerado uma estratégia de avaliação e intervenção (Regra, 2001), na qual é possível identificar comportamentos e contingências de vida do cliente (Regra, 1997). A fantasia enriquece o ambiente terapêutico, pois, ao “ver na ausência da coisa vista”, a criança adiciona elementos que não estão presentes; ela inventa e recria personagens, multiplicando diálogos e, ao imaginar, é como se inserisse outras pessoas na sala de atendimento. Desse modo, o clínico, em vez de observar somente o comportamento da criança, também observa como a criança vê sua interação com outros significantes de sua vida. E, assim, ele também pode intervir de modo a modificar padrões da criança e também dos personagens imaginados. Novamente, aqui, a criança que fantasia pode ter mais facilidade em demonstrar as interações de seu dia a dia do que relatá-las.

A BRINCADEIRA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Além de procedimento para facilitar a coleta de dados sobre a criança, o brincar é também estratégia de intervenção do clínico para a melhora dos comportamentos da criança. É relativamente comum observarmos estagiários ou alunos recém-formados (que estão iniciando sua prática como clínicos comportamentais infantis) tentando, de todas as formas, fazer com que a criança relate tudo o que ele “precisaria saber” para ter uma avaliação completa do caso e, só então, começar uma suposta intervenção. Trata-se de uma tentativa de encaixar o atendimento à criança no modelo tradicional de atendimento ao adulto. Entretanto, a maior riqueza do uso do brincar em sessão é que, embora muitas vezes o clínico não consiga fazer com que a criança relate, isso não necessariamente seria um pré-requisito para a terapia acontecer. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que o clínico observa e avalia os comportamentos da criança na brincadeira, ele já intervém diretamente sobre eles.

Na abordagem analítico-comportamental, o brincar tem sido considerado um procedimento favorável ao manejo de comportamentos clinicamente relevantes na terapia com crianças (Conte e Brandão, 1999). O brincar, no ensino de

novos comportamentos, conforme De Rose e Gil (2003, p. 375), é um “meio para ensinar outros comportamentos ou como uma condição na qual novos comportamentos [podem] ser adquiridos”. O brincar é um contexto particularmente rico de oportunidades para ensinar comportamentos alternativos à criança por meio de procedimentos característicos da análise do comportamento.

A seguir, vamos apresentar quatro procedimentos de intervenção: modelação, esvanecimento (*fading*), modelagem e bloqueio de esquiva. Esses procedimentos foram selecionados pela experiência das autoras (como clínicas e supervisoras); a combinação deles se constitui em uma das principais bases de intervenção com crianças.

Além de procedimento para facilitar a coleta de dados sobre a criança, o brincar é também estratégia de intervenção do clínico para a melhora dos comportamentos da criança.

O brincar pode ser um procedimento clínico para ensinar novos comportamentos ou modificar comportamentos já existentes no repertório da criança.

Modelação

Uma vez que a criança esteja exposta à presença do clínico, isso significa que, a todo momento, suas respostas podem funcionar como antecedentes para a criança imitá-las, mesmo que ele não tenha planejado isso. Tendo este ponto em vista, o clínico precisa atentar para como deve se portar diante da criança, pois pode modificar contingências via modelação. Sua postura, longe de ser estanque, varia em função de características de cada criança que está sendo atendida. Ao brincar com uma criança com dificuldades para perder no jogo, por exemplo, o clínico, ao perder, pode dar um modelo do tipo: “Que raiva! Eu odeio perder! Vamos jogar de novo? Quero uma revanche...”. Assim, valida os sentimentos correlatos dessa contingência (a raiva), mas demonstra uma reação diferente da agressividade ou da birra (o tentar novamente). Em outro caso, ao atender uma criança com TOC, excessivamente organizada e limpa, ele pode, propositalmente, sujar-se com tintas, esquecer os brinquedos jogados “para juntar depois”, e assim por diante.

Esvanecimento (*fading*)

O princípio do esvanecimento é o acréscimo e/ou a retirada gradual de estímulos antecedentes em uma contingência, com vistas a transferir o controle de uma resposta de um estímulo para outro. Esse princípio deve ser lembrado constantemente pelo clínico infantil, porque minimiza a probabilidade de esquiva da criança frente a temas ou interações mais aversivos, quando colocados gradualmente.

Uma criança com dificuldades de aprendizagem, por exemplo, pode recusar-se a fazer tarefas escolares em sessão, mas pode aceitar mais facilmente jogos que contenham algumas letras, que, aos poucos, podem ser substituídos por desenhos com frases explicativas, e estes pelo uso de uma lousinha para brincar, até o ponto em que se engaje nestas tarefas em seu caderno, com o clínico. A resposta de engajar-se em atividades escolares passa do controle do estímulo “brinquedo” para o estímulo “caderno”.

Modelagem

O esvanecimento dos estímulos antecedentes é uma estratégia que não deve ser desvinculada da modelagem. O principal requisito para um bom processo de modelagem é a

habilidade do clínico para atentar para respostas adequadas da criança. Parece fácil, mas, não raro, essas respostas ocorrem em baixa frequência, ou, ainda, pertencem à classe de comportamentos que se pretende instalar, mas não correspondem exatamente ao comportamento final esperado.

Vamos supor uma criança opositora que quase não relata eventos do cotidiano – isso costuma ser um desafio para o clínico. Mas, eventualmente, ela emitirá pequenos e breves relatos. Ainda que não relate sobre seus problemas, seus sentimentos e seus relacionamentos (resposta final esperada), ela poderá falar algo bastante simples, como “eu tinha um carrinho como esse, mas quebrou”, durante uma brincadeira. Essa pequena fala pertence à classe geral de “relatos”, e, se o clínico estiver atento e ficar sob controle desta análise, poderá reagir à tal fala de modo diferente.

Outra questão que se coloca na modelagem diz respeito a qual consequência o clínico apresenta na tentativa de reforçar respostas da criança. Elogios devem ser emitidos com muita ressalva, pois não necessariamente são reforçadores, além de serem excessivamente artificiais. O clínico pode testar a eficácia (pela reação da criança) de diversas consequências,

como, por exemplo: um olhar mais atento, uma simples interjeição exclamativa, rir com a criança, fazer uma autorrevelação concordando com ela, descrever de forma autêntica seus sentimentos ou simplesmente deixar as consequências intrínsecas agirem. Sobre este último item, por exemplo, se uma criança ajuda a guardar os brinquedos, a consequência intrínseca é ter a sala arrumada; se uma criança conversa, a consequência intrínseca é o interlocutor manter-se interessado e ouvindo.

Bloqueio de esquiva

O bloqueio de esquiva, ao mesmo tempo em que se constitui em uma consequência para as esquivas da criança, é estímulo discriminativo para a emissão de respostas alternativas que seriam, então, reforçadas na modelagem. Na brincadeira, o clínico pode bloquear as esquivas da criança de forma direta e clara, ou por meios mais criativos e/ou sutis. No primeiro caso, quando uma criança desiste de uma brincadeira difícil, ele pode dizer: “Não vale desistir. Eu te ajudo, você vai conseguir”. Ou pode reexplicitar certas regras, como: “Nós só podemos jogar o próximo jogo se terminarmos esse, lembra?”. No segundo caso, ele pode desafiar a criança (“Duvido que

você jogue de novo!”), utilizar fantasia (“O meu bonequinho não desistiu... vou perguntar se o seu quer jogar mais... ‘você quer jogar mais?’... olha, acho que ele quer...”), e assim por diante.

No bloqueio de esquiva, o clínico não pode deixar de atentar para o nível de dificuldade da atividade. Ora, se a criança está se esquivando, é

porque:

a) está na presença de um estímulo que é, de alguma forma, aversivo (e esquivar-se é reforçado negativamente) e/ou

b) no dia a dia, ela é reforçada positivamente pelas suas tentativas de livrar-se de atividades (caso receba, por isso, mais atenção), e está repetindo esta resposta.

Em ambos os casos, a princípio, o clínico pode diminuir o nível de exigência da atividade, ajudando a criança a completá-la, o que já seria uma resposta alternativa a ser reforçada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto, os principais objetivos do brincar em terapia poderiam ser resumidos em:

- a) promover uma boa relação terapêutica;
- b) realizar a avaliação funcional dos comportamentos da criança, ao identificar variáveis relevantes no aparecimento e manutenção da queixa;
- c) estabelecer procedimentos de intervenção que fortaleçam certos comportamentos e enfraqueçam outros.

Não há uma regra ou padrão fixo a respeito do tempo que o clínico deva gastar em interações lúdicas. Com algumas crianças, o clínico pode optar por utilizar mais jogos estruturados (cujas falas, com maior probabilidade, corresponderiam a Brincadeira-Lúdico). Com outras, pode engajar-se em atividades de fantasia com bonecos (Fantasia-Lúdico). Com outras, ainda, pode investir em interações verbais sem recurso do brincar (Não Lúdico), podendo inclusive não brincar em nenhum momento – embora talvez isso seja mais raro. Se uma criança “brinca muito” ou “brinca pouco”, nenhum dos padrões é certo ou errado em si, mas a depender da análise funcional realizada.

Ao brincar, são estabelecidas oportunidades para a criança emitir comportamentos clinicamente relevantes, no sentido definido por Kohlenberg e Tsai (2001). Estabelecer a relação entre o brincar e os comportamentos clinicamente relevantes da criança é útil para a compreensão de

particularidades das sessões de atendimento (Conte e Brandão, 1999). Assim, a ocorrência de “comportamentos-queixa” e “comportamentos de melhora” parece ser mais frequente durante momentos de brincadeira, na terapia. A brincadeira é, possivelmente, uma situação mais próxima ao contexto natural de vida fora da sessão e também de emissão dos comportamentos-alvo, o que permite ao clínico agir diretamente e de forma contingente sobre estas relações. Por fim, queremos destacar que o clínico infantil não deve minimizar a importância de interações sem brincar com a criança. Assim como ensinar a brincar (em geral, é importante para a criança interagir dessa forma com colegas e amigos), ensinar a conversar também é importante, por se constituir em um repertório indispensável para a interlocução especialmente com adultos (pais, professores e outros), que têm grande poder de reforçar ou punir suas respostas. É provável que muitas crianças apresentem diversos problemas de comportamento, em parte porque não estão sendo capazes de dialogar – seja porque não aprenderam esse repertório, seja porque esse repertório não é suficientemente reforçado no contexto em que elas vivem. Sendo assim, ensinar a criança a brincar e também a “simplesmente conversar”

podem ser objetivos básicos e gerais de qualquer atendimento em clínica infantil.

REFERÊNCIAS

Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia analítica funcional: A relação terapêutica e a análise comportamental clínica. In R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (vol. 4, pp. 134-148). Santo André: ESETec.

Conte, F. C. S., & Regra, J. (2002). A psicoterapia comportamental infantil: Novos aspectos. In E. F. M. Silvaes (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp. 79-136). São Paulo: Papirus.

De Rose, J. C. C., & Gil, M. S. C. A. (2003). Para uma análise do brincar e de sua função educacional. In M. Z. S. Brandão (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (vol. 11, pp. 373-382). Santo André: ESETec.

Del Prette, G., Silvaes, E. F. M., & Meyer, S. B. (2005). Validade interna em 20 estudos de caso comportamentais brasileiros sobre terapia infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 93-105.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.

Ferster, C. B. (1967). Transition from animal laboratory to clinic. *The Psychological Record*, 17(2), 145-150.

Goldstein, S., & Goldstein, M. (1992). *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança* (2. ed.). São Paulo: Papirus.

Guerrelhas, F., Bueno, M., & Silvaes, E. F. M. (2000). Grupo de ludoterapia comportamental x Grupo de espera recreativo infantil. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 2(2), 157-169.

Kanfer, R., Eyberg, S., & Krahn, G. (1992). Interviewing strategies in child assessment. In M. C. Roberts, & C. E. Walker (Orgs.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 49-62). New York: John Wiley & Sons.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. Santo André: ESETec. (Trabalho original publicado em 1991)

Penteado, L. C. P. (2001). Fantasia e imagens da infância como instrumento de diagnóstico e tratamento de um caso de fobia social. In R. C. Wielenska (Org.), Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos (vol. 6, pp. 257-264). Santo André: ESETec.

Regra, J. A. G. (1997). Fantasia: Instrumento de diagnóstico e tratamento. In M. Delitti (Org.), Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental (vol. 2, pp. 107-114). Santo André: ESETec.

Regra, J. A. G. (2001). A fantasia infantil na prática clínica para diagnóstico e mudança comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos (vol. 6, pp. 179-186). Santo André: ESETec.

Skinner, B. F. (1991). Questões recentes na análise comportamental. Campinas: Papirus. (Trabalho original publicado em 1989)

Skinner, B. F. (1994). Ciência e comportamento humano (9. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Windholz, M. H., & Meyer, S. B. (1994). Terapias comportamentais. In F. B. Jr. Assumpção (Org.), Psiquiatria da infância e da adolescência (pp. 543-547). São Paulo: Santos/Maltese.

Referência deste Capítulo:

Del Prette, G. & Meyer, S. B. Meyer (1999) **O brincar como ferramenta de avaliação e intervenção na clínica analítico-comportamental infantil** Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. Sobre comportamento e Cognição (V. 4). São Paulo: Arbytes

A importância da participação da família na clínica analítico-comportamental infantil

Miriam Marinotti

Um dos postulados básicos da análise do comportamento assume que o comportamento dos indivíduos é produto da interação organismo-ambiente, sendo ambos constantemente mutáveis e sujeitos a influências recíprocas. Assim sendo, qualquer que seja o contexto em que o analista do comportamento atue, ele sempre buscará identificar e alterar essas relações a fim de atingir os objetivos a que se propõe: formativos (educação); remediativos e/ou preventivos (saúde), através do estabelecimento e/ou alteração das contingências de reforçamento.



Decorrente desse pressuposto, o atendimento clínico a crianças sempre incluiu intervenção direta junto à família e/ou junto a outros cuidadores ligados à criança, uma vez que parte fundamental do ambiente em que esta se encontra inserida é a própria família. Entretanto, o modo de inserção da família no processo clínico da criança tem variado consideravelmente.

As primeiras intervenções junto à população infantil adotavam, predominantemente, o denominado “modelo triádico” de intervenção, segundo o qual o terapeuta comportamental (modificador de comportamento, conforme nomenclatura predominante na época) tinha contato direto exclusiva ou prioritariamente com a família e demais agentes que conviviam com a criança (avós, babás, etc.); o trabalho se desenvolvia através do treinamento desses agentes para que, em seu contato com a criança, manipulassem variáveis relevantes para a modificação dos comportamentos-alvo da intervenção. Nesse modelo, era frequente o profissional não ter contato direto com a criança e ter acesso aos dados através de relatos e registros feitos pelos “mediadores”.

Entretanto, esse modelo mostrou-se limitado em vários casos e passou-se a intervir diretamente junto à criança (em

consultório e/ou ambiente natural), sem, entretanto, abrir mão do contato frequente e sistemático com os pais e demais pessoas relevantes para a evolução do caso.

De um modo geral, podemos dizer que a natureza e intensidade do envolvimento da família têm variado à medida que a área se desenvolveu e dependem das peculiaridades do caso em questão.

Os objetivos, estratégias, desafios e cuidados mais comuns envolvidos no contato com os pais são descritos a seguir. Não seria possível tratar do assunto de forma exaustiva, ou mesmo aprofundada, no espaço deste capítulo. Assim sendo, limitar-nos-emos a destacar aqueles aspectos mais comuns e generalizáveis do atendimento à família. Muitas situações particulares, tanto relativas à criança quanto à constituição e dinâmica familiares, exigem abordagens específicas que não poderão ser contempladas neste trabalho.

OBJETIVOS

O papel da família no processo terapêutico da criança será definido a partir de objetivos comuns a qualquer

processo terapêutico, bem como das peculiaridades do caso em questão.

Ao abordar o processo terapêutico, Skinner (1974/1995) afirma: “A terapia bem-sucedida constrói comportamentos fortes, removendo reforçadores desnecessariamente negativos e multiplicando os positivos” (p.114-115).

Para chegar a esse resultado, necessitamos, dentre outras coisas:

- a) identificar e minimizar contingências aversivas;
- b) promover variabilidade comportamental;
- c) desenvolver um repertório de comportamentos alternativos desejáveis sob controle de contingências basicamente positivas. Assim sendo, a orientação à família deverá, de alguma forma, auxiliar-nos nesta tarefa.

Coleta de dados

O contato com a família nos fornece inúmeros dados relevantes ao longo de todo o processo.

Inicialmente, levantamos junto à família a queixa e o histórico do “problema”: origem; atribuições feitas pelos membros da família e pela criança (por exemplo: que hipóteses/concepções os diferentes membros da família têm acerca da origem e manutenção do “problema”; se os pais apresentam o problema como localizado na criança e têm uma expectativa de que o processo envolverá apenas a ela ou se se consideram inseridos na situação); tentativas de solução já implementadas, etc. Buscamos, então, descrições mais detalhadas das situações em que os comportamentos-queixa ocorrem:

1. quais as consequências para a criança e demais pessoas envolvidas,
2. bem como identificação de situações em que esses comportamentos não ocorrem e/ou nas quais comportamentos alternativos adequados são observados. Com isso, já podemos ter uma primeira ideia de quão sensíveis os pais estão ao comportamento da criança: eles identificam e consequenciam instâncias “positivas” ou apenas reagem a comportamentos-problema? Levantamos, ainda, as expectativas que os pais

apresentam em relação à terapia: ambos concordam que existe um problema e reconhecem a terapia como um recurso legítimo para tentar solucioná-lo? Já participaram ou acompanharam processos terapêuticos de outras pessoas? Como imaginam que transcorra tal processo? A partir desse conjunto de informações, poderemos estimar a disponibilidade dos pais para se engajarem no processo e liberarem consequências “positivas” contingentes a comportamentos desejáveis da criança, como reações de aceitação, aprovação, etc.

Também devemos utilizar as primeiras sessões com os pais para pesquisar dados de gestação e parto; desenvolvimento da criança, considerando diferentes repertórios: motor, cognitivo, verbal, socioemocional, acadêmico, etc. Solicitamos, ainda, informações acerca de fatos “marcantes” que possam ter ocorrido com a família e/ou com a criança, como nascimento de irmãos; mudanças: separação dos pais, mudanças de escola ou cidade; doenças e/ou mortes na família; alterações financeiras bruscas; acesso ou perda abrupta ou acentuada de reforçadores. No caso de crianças que já frequentam a escola, é importante pesquisar o

histórico escolar: com que idade a criança foi pela primeira vez para a escola; quais razões levaram os pais a optar por determinada escola e pelo momento de ingresso na mesma; como foi a adaptação da criança (tanto social quanto pedagogicamente); mudanças de escola: motivos, participação da criança na decisão, reação da criança à(s) nova(s) escola(s); condição da criança na escola atual, etc.

Hábitos, rotina, valores e práticas familiares também são aspectos que devem ser pesquisados: qual a rotina da criança; critérios e práticas disciplinares: o que lhe é permitido, o que é considerado inadequado ou inadmissível; práticas disciplinares: como os pais reagem a comportamentos que julgam adequados ou inadequados; práticas punitivas utilizadas; concordâncias e discordâncias entre os pais relativas ao que deve ser permitido, estimulado ou coibido; concordâncias e discordâncias em relação a práticas punitivas ou de consequenciação positivamente reforçadoras; como são administradas as discordâncias entre os pais, em especial no que se refere à educação dos filhos, etc.

Por outro lado, a manutenção do contato com a família durante todo o processo provê informações complementares acerca dos aspectos até aqui discutidos ou acerca de outros

ainda não abordados, ao mesmo tempo em que nos informa sobre a intervenção e seus possíveis resultados: aplicação de procedimentos sugeridos; alterações observadas; necessidade de alteração nos procedimentos ou inclusão de novas variáveis, etc.

Avaliação funcional

A intervenção propriamente dita será baseada na avaliação funcional do caso em questão. Essa avaliação ocorrerá durante todo o processo terapêutico, originando hipóteses que serão testadas, bem como procedimentos a serem implementados, avaliados, reformulados e/ou substituídos, a depender dos resultados obtidos.

A participação dos pais nesse processo é fundamental: progressos terapêuticos, bem como sua manutenção e generalização, dependerão, em grande parte, de modificações na interação direta dos pais com a criança, bem como de alterações que estes promovam em sua rotina, condições de estimulação e esquemas de reforçamento.

Para tanto, é importante que o clínico não se limite a instruir os pais sobre como devem proceder. A orientação de

pais que se restringe a fornecer instruções a serem seguidas por eles apresenta várias limitações, dentre elas:

- a) desconhecendo a fundamentação subjacente à intervenção proposta, os pais terão maior dificuldade em seguir as instruções do clínico;
- b) mesmo que consigam seguir as instruções, eles provavelmente não estarão sob controle da função de seus comportamentos e dos comportamentos da criança (mas sim de sua topografia), o que impede uma atuação eficiente de sua parte; e
- c) os pais tendem a ficar muito dependentes do clínico para lidar com situações novas e imprevistas, o que retarda o avanço do caso, dificulta a generalização dos ganhos e a prevenção de novos problemas.

Pelos motivos listados anteriormente, consideramos fundamental que os pais participem ativamente da avaliação funcional, juntamente com o clínico. Não é nossa pretensão torná-los especialistas em análise do comportamento, porém, é necessário que compreendam os princípios com os quais trabalhamos e a relação destes com os procedimentos propostos. Além disso, é importante que participem, com o clínico, das decisões tomadas durante o processo, maximizando, desta forma, a probabilidade de encontrarmos alternativas de intervenção com as quais os pais concordem e nas quais se engajem.

Em síntese, ao trabalhar com os pais, pretendemos mais do que levá-los a seguir instruções mecanicamente; nossa pretensão inclui torná-los melhores observadores, colocá-los sob controle discriminativo mais eficiente e desenvolver habilidades de solução de problemas e de tomada de decisão que facilitem o manejo de situações relativas à educação de seus filhos.

Para tanto, as sessões com os pais tendem a abordar aspectos bastante diversos, tais como: refinamento de habilidades de observação; aprimoramento da descrição de situações cotidianas, priorizando o discurso externalista (identificação das relações indivíduo-ambiente) sobre o mentalista (atribuição do comportamento a eventos internos: vontade, sentimentos, traços de personalidade, etc.); identificação de contingências controladoras do comportamento da criança, bem como do comportamento dos próprios pais, irmãos, professores e demais pessoas relevantes; proposição de intervenções a serem implementadas e monitoração das mesmas; aprimoramento de habilidades de comunicação (pais-clínico; pais-criança; mãe-pai); aprimoramento do controle discriminativo (vide o exemplo descrito no próximo parágrafo); modelagem e

modelação de comportamentos adequados aos objetivos e evolução do caso, etc.

A formação do clínico, juntamente com o tipo de relação propiciado pelo contexto terapêutico (sigilo; ambiente não punitivo; o fato de o clínico não fazer parte das relações cotidianas da criança, etc.), favorece a identificação de variáveis sutis relacionadas ao comportamento do cliente, variáveis essas de difícil detecção por parte dos pais. Assim, parte do que fazemos em nosso contato com os pais é “traduzir” para eles sentimentos, necessidades, dificuldades ou avanços da criança, de forma que possam compreender a análise realizada ou a intervenção sugerida/implementada. Para ilustrar: é comum que as crianças exibam progressos na direção desejada pela intervenção sem que pais ou professores se deem conta disso, pelo fato de os avanços serem ainda discretos em relação ao que é esperado. Por exemplo, uma criança que se encontra em atendimento devido a dificuldades escolares pode apresentar avanços relativos a seu repertório acadêmico sem que estes, ainda, reflitam-se em suas notas. Ou, para uma criança hiperativa, o fato de conseguir terminar as atividades, apesar de a qualidade ainda deixar muito a desejar, já constitui um avanço que merece ser notado e consequenciado. É importante que o clínico esteja atento e

possa mostrar aos pais os progressos ocorridos, explicitando que, embora muito aquém do desejado, esses já constituem passos na direção estabelecida e devem ser valorizados.

Analogamente, é frequente o clínico ter acesso a necessidades da criança que os pais ignoram. Quando o clínico julgar relevante discutir este assunto com os pais, poderá fazê-lo, desde que observando cuidados éticos relativos ao sigilo e proteção da criança.

Mediação de conflitos e tomada de decisão

As sessões com a família tendem a variar bastante, a depender das características da criança e da família; o momento do processo terapêutico; objetivos específicos daquela sessão, etc. Assim, podem ser realizadas sessões com ambos os pais ou somente com o pai ou com a mãe; da mesma forma, outros membros da família (irmãos, avós) podem ser convocados, com a anuência da criança e dos pais; além disso, a criança também poderá estar presente em alguma destas sessões, se houver indicação para tanto.

A realização de uma sessão conjunta – criança e algum(ns) membro(s) de sua família – pode atender a

propósitos tais como: a criança contar ou dizer alguma “coisa difícil” para esta outra pessoa, com o auxílio do clínico; facilitar um acordo entre a criança e alguém de sua família em situações de impasse ou muito desfavoráveis para a criança, etc.

A ocorrência destas sessões poderá surgir a partir de solicitação da própria criança, dos pais ou por sugestão do clínico. Para que tais encontros tenham alta probabilidade de serem bem-sucedidos, é fundamental que:

- a) estejam claros, para todos os participantes, os objetivos do encontro;
- b) todos os participantes concordem com o mesmo;
- c) o clínico considere que o encontro tem alta probabilidade de ser bem-sucedido;
- d) o clínico tenha segurança de que a criança não corre qualquer risco ao se expor a este encontro;
- e) o clínico prepare a criança informando, antecipadamente, qual o conteúdo a ser discutido, qual a melhor postura a ser adotada pela criança e o tipo de intervenção que o clínico se propõe a fazer ou não.

De um modo geral, o papel do clínico nesse tipo de sessão é o de mediador, buscando facilitar a comunicação entre a criança e o seu interlocutor, evitando que a discussão derive para

brigas ou ofensas e direcionando a discussão a fim de se chegar a um acordo ao final da sessão. Sessões conjuntas com a criança, membros de sua família e clínico podem significar um ganho importante para o processo, pois modelam repertórios de interação mais adequados e direcionados à resolução de conflitos que podem ser generalizados para o cotidiano da família.

DESAFIOS E LIMITES DO TRABALHO COM A FAMÍLIA

Se, por um lado, o acesso que o clínico infantil tem a componentes fundamentais do ambiente da criança (como a família e a escola) constitui uma vantagem da intervenção terapêutica com crianças em relação ao trabalho clínico com adultos, por outro lado, tal fato nos coloca diante de questões e desafios consideráveis.

Um primeiro desafio é o clínico ganhar a confiança da criança e de cada um de seus pais, ao se iniciar o processo. Segundo Skinner:

O poder inicial do terapeuta como agente controlador se origina do fato de que a condição do paciente é aversiva e de que, portanto, qualquer promessa de

alívio é negativamente reforçadora [...] As promessas de auxílio, vários indícios que tornam essas promessas eficazes, o prestígio do terapeuta, relatos de melhora em outros pacientes, ligeiros sinais de melhora no próprio paciente, tudo entra no processo [...] Tudo considerado, entretanto, o poder inicial do terapeuta não é muito grande. Como o efeito que ele deve conseguir requer tempo, sua primeira tarefa é assegurar-se de que haverá tempo disponível (Skinner, 1953/1994, p. 349).

Sessões conjuntas com a criança, membros de sua família e clínico podem significar um ganho importante para o processo, pois modelam repertórios de interação mais adequados e direcionados à resolução de conflitos que podem ser generalizados para o cotidiano da família.

A ocorrência de sessões conjuntas entre a criança e algum(ns) membro(s) do convívio da criança poderá surgir a partir de solicitação da própria criança, dos pais ou por sugestão do clínico.

Ou seja, nossa primeira tarefa é fazer com que os clientes se mantenham no atendimento. No caso da clínica infantil, isso significa que o clínico deverá se tornar reforçador,

simultaneamente, para a criança e para seus pais. Considerando-se que, via de regra, não é a criança quem busca o atendimento, mas sim seus pais (eventualmente “pressionados” pela escola e/ ou por outros profissionais, como médicos, fonoaudiólogos ou professores particulares), nem sempre essa é uma tarefa fácil por envolver indivíduos que tendem a estar sob controle de aspectos diferentes, quando não antagônicos, da situação.

É comum existirem divergências quanto à existência e/ou natureza do problema e quanto aos recursos que cada um considera válidos como tentativas de solução para o mesmo. Assim, por exemplo, os pais podem concordar com a necessidade de um atendimento psicológico a uma criança excessivamente tímida porque temem consequências de médio e longo prazos, se a criança continuar a exibir dificuldades de interação social; entretanto, a própria criança pode se posicionar contra o atendimento, porque o custo imediato de fazer frente às suas dificuldades se sobrepõe às eventuais dificuldades que já esteja encontrando ou venha a encontrar. Ou a mãe pode concordar com o atendimento e o pai considerar que o problema todo seria resolvido “se a mãe fosse menos mole com a criança”, sem necessidade de intervenção profissional. Inúmeras outras situações poderiam

ser citadas; o que elas têm em comum é a demanda de que o clínico cuide destas divergências em seu trabalho com a criança e sua família.

Do ponto de vista estratégico, o trabalho clínico com crianças também exige repertório diversificado do profissional. Estratégias verbais que poderão ser eficazes (ou suficientes) em seu contato com os pais, com frequência, mostrar-se-ão inapropriadas ou insuficientes no trabalho com a criança. Para programar intervenções eficientes junto à criança, é importante que o clínico considere seu nível de desenvolvimento (verbal, motor, cognitivo, acadêmico), bem como variáveis motivacionais. Atividades plásticas, gráficas, lúdicas, dramatizações, leitura e elaboração de histórias, discussão de desenhos e filmes, uso de fantasia, etc., podem mostrar-se aliados úteis no trabalho com a criança, desde que o clínico as utilize tendo clareza do objetivo a que se prestam e que esteja familiarizado e à vontade com o seu uso.

Conforme já apontado, o contato simultâneo com a criança e com seus pais impõe ao clínico cuidados éticos adicionais, que são importantes demais para não serem mencionados aqui, porém, impossíveis de se abordar em espaço tão restrito. Assim sendo, limitar-nos-emos a destacar

o cuidado que o clínico deve ter em relação ao sigilo das informações obtidas junto às diferentes fontes, bem como ao esforço contínuo para evitar exposição da criança que a coloque em situação embaraçosa ou de risco.

Finalmente, é importante assinalar que, embora o trabalho com os pais constitua parte integrante do processo clínico da criança, nem sempre a orientação aos pais é suficiente para obtermos as mudanças desejadas. Dependendo das características e dificuldades apresentadas pelo casal e/ou pela família, trabalhos alternativos ou complementares podem ser indicados. Por exemplo, um casal que esteja passando por uma crise devido à infidelidade de um dos membros poderá ser melhor atendido no contexto de processo clínico de casal; a depender das características do caso, o processo clínico da criança pode ser mantido ou suspenso. Caso seja mantido, a orientação de pais continuará a ocorrer e terá sua eficácia potencializada se os dois profissionais (responsáveis pelo atendimento da criança e do casal) conseguirem integrar seu trabalho. Da mesma forma, se um dos membros do casal apresentar comprometimentos tais que o impeçam de se engajar no processo da criança, uma alternativa interessante será aliar o trabalho clínico individual do pai ou da mãe ao atendimento infantil. Há casos, ainda, em

que o clínico pode julgar que o trabalho mais indicado envolveria o engajamento de toda a família, propondo, assim, um trabalho clínico familiar como alternativa ao trabalho apenas com a criança.

REFERÊNCIAS

Regra, J. (2000). Formas de trabalho na psicoterapia infantil: Mudanças ocorridas e novas direções. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(1), 79-101.

Skinner, B. F. (1994). *Ciência e comportamento humano*. (9. ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Skinner, B. F. (1995). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papyrus (Trabalho original publicado em 1989)

Referência deste Capítulo:

Marinotti, M. (1999) **A importância da participação da família na clínica analítico-comportamental infantil**
Em: Kerbauy, R. R. & Wielenska, R. C. *Sobre comportamento e Cognição* (V. 4). São Paulo: Arbytes

Técnicas comportamentais: possibilidades e vantagens no atendimento em ambiente extraconsultório

Giovana Del Prette
Rosana Maria Garcia

Na perspectiva da análise do comportamento, o acompanhamento terapêutico se caracteriza por um conjunto de procedimentos e técnicas utilizadas diretamente em contexto extraconsultório. Essa característica impõe alguns desafios à atuação e a superação de alguns limites do *setting* clínico tradicional. O objetivo deste capítulo é discutir esses limites e possibilidades, com base em algumas das principais técnicas utilizadas nos dois contextos.

Primeiramente, apresentaremos uma definição de "técnica", discutindo o papel dela na prática do terapeuta analítico-comportamental e ressaltando a importância da análise funcional em sua utilização. Em seguida, apresentaremos algumas das técnicas mais conhecidas e os limites para a aplicação no *setting* clínico tradicional, em função dos próprios pressupostos teóricos da análise do comportamento. Por fim, serão levantadas as possibilidades de seu uso no contexto extraconsultório do acompanhamento terapêutico.



“Técnica” é um modo de proceder, que pode ser treinado e aplicado por várias pessoas quando descrito com precisão (Banaco, 1999). O termo "técnica", segundo o Dicionário Aurélio, designa “o conjunto de processos de uma arte” e, nesse sentido, é importante compreender as técnicas comportamentais como procedimentos utilizados na terapia analítico-comportamental, sem incorrer no equívoco de tomar a parte (a técnica) pelo todo (o processo terapêutico). A terapia analítico-comportamental é mais do que um conjunto de técnicas e sua principal ferramenta é a análise funcional, pela qual o terapeuta identifica as contingências operantes no comportamento do cliente e a partir daí propõe modificações (Meyer, 2003). Essa análise se fundamenta em uma base teórica derivada de investigação experimental sobre processos básicos de comportamento, tanto em laboratório como em pesquisas aplicadas.

Por meio da análise funcional é possível identificar as variáveis associadas ao comportamento do cliente e discriminar suas contingências controladoras. Dessa maneira, o emprego da análise funcional é central para o diagnóstico e a terapia comportamental (Kerbaui, 1997). Segundo Skinner (1974), a formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve sempre, especificar três

instâncias: (1) a ocasião em que a resposta ocorre, (2) a própria resposta e (3) as conseqüências reforçadoras.

Essa tríplice relação representa o campo de análise e intervenção do terapeuta comportamental. Ele, algumas vezes, coloca maior ênfase na intervenção sobre os antecedentes (é o caso de ambiente protético) ou manipula conseqüentes (por exemplo, a retirada de estímulos reforçadores) ou, ainda, atua diretamente sobre o comportamento (modelagem gradual de certas respostas). Via de regra, o terapeuta atua quase que simultaneamente sobre esses três aspectos da interação do organismo no ambiente. A análise funcional lhe fornece o "mapa" de um conjunto de interações críticas para planejar suas ações (procedimentos).

Com base nos dados obtidos por meio da análise funcional, o terapeuta seleciona técnicas específicas que aplica em sua interação com o cliente, visando modificar as contingências que sustentam a queixa e estabelecer novas contingências para ampliar os recursos do cliente em lidar com os desafios de sua vida cotidiana e atingir melhor qualidade de vida. Uma variedade de técnicas desenvolvidas com base na teoria e na prática da análise do comportamento

está atualmente disponível para o terapeuta analítico-comportamental (Kerbauy, 2002; Meyer, 2003).

Considerando a importância da análise funcional e, portanto, do acesso às contingências presentes no ambiente natural do cliente, o *setting* terapêutico impõe limites para o uso e a efetividade plena das técnicas. Ilustrando essas questões, neste capítulo são analisadas algumas das técnicas mais usuais da terapia analítico comportamental, a saber: modelagem (tratada brevemente aqui de forma mais aprofundada no capítulo 5); modelação; esvanecimento (*fading*) reforçamento diferencial de outros comportamentos ou DRO; exposição dessensibilização sistemática. Adicionalmente, será ilustrada a possibilidade de uso articulado desse conjunto de técnicas para a promoção, via atendimento extraconsultório, de um repertório de habilidades sociais, particularmente importante na maior parte dos transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 1999) e bastante viável em um atendimento de AT.

MODELAGEM

A modelagem é um procedimento utilizado com o objetivo de instalar ou fortalecer determinadas respostas do

cliente, quando a resposta-alvo ainda não existe no seu repertório comportamental ou se apresenta em frequência, intensidade ou duração muito baixa(s). Por meio da modelagem, outras respostas, anteriores (pré-requisitos) à resposta terminal, são inicialmente reforçadas e, na medida em que vão sendo estabelecidas, o reforço passa gradualmente a ser ministrado a novas respostas hierarquicamente mais próximas da resposta final desejável.

Por exemplo, Queiroz & Guíhardi (2002) descrevem o atendimento, em consultório, a uma criança com diagnóstico de hiperatividade, em que uma resposta - permanecer sentada - foi escolhida como uma das respostas finais a ser instalada. Uma combinação de técnicas foi utilizada na intervenção, entre elas a modelagem da resposta de permanecer sentado: inicialmente a obtenção de reforço era contingente a um breve intervalo de permanência sentado, mas, gradualmente, o tempo foi aumentando. Nesse caso, a criança já possuía a resposta em seu repertório, sendo reforçada a maior permanência nessa posição (sentada).

Especialmente na terapia com adultos, o *setting* tradicional, fortemente marcado pela interação verbal, impõe restrições quanto à estimulação presente para outras

possibilidades de comportar-se além do relato verbal. Sendo assim, incorre-se no risco de muitas vezes focalizar somente o comportamento verbal, tomando o relato de comportamentos como ocorrência dos mesmos. Já no ambiente natural, o terapeuta observa diretamente, e com mais facilidade, a ocorrência e a variabilidade do comportamento, bem como as condições que o controlam, selecionando progressivamente para reforçamento as instâncias mais refinadas que conduzem ao desempenho final esperado. Além disso, a probabilidade de identificar corretamente as situações controladoras no contexto imediato do cliente favorece a manutenção e a generalização dos comportamentos recém-adquiridos. Em outras palavras, a multiplicidade de situações nesse contexto favorece a seleção natural pelas contingências (Regra, 2004).

MODELAÇÃO

É o procedimento no qual uma parte do reforço da resposta advém da /imitação de uma resposta emitida por outrem. Em um ensaio comportamental, por exemplo, o terapeuta pode inicialmente comportar-se de determinada maneira para, em seguida, solicitar ao cliente que o imite. Segundo Derdyk & Groberman (2004), a modelação é

especialmente importante na demonstração da topografia do comportamento, isto é, de "como fazer", complementando a instrução verbal.

Em atendimento extraconsultório, há ricas oportunidades para que a modelação seja utilizada, tanto pela variedade de situações apresentadas ao cliente como pela possibilidade de imitar outros modelos, além do terapeuta. Assim, o terapeuta pode levar o cliente a observar diversas pessoas (como membros da família, colegas, pessoas na rua) comportando-se de diversas maneiras. Direcionando a observação do cliente, pode fazê-lo discriminar os comportamentos mais adequados dos menos adequados, constatar a conseqüência que ocorre naturalmente e ajudá-lo a realizar análise funcional de tais comportamentos. Em seguida, ao solicitar que se comporte de maneira semelhante, leva-o a experimentar diretamente as conseqüências naturais desejadas e que se espera que passem a controlar seu comportamento. Por exemplo, durante a terapia pode-se planejar uma ida com o cliente à lanchonete, onde se observa a maneira das pessoas realizarem seus pedidos de lanches. Em seguida, ele pode ser levado a descrever o comportamento observado para, por fim, ele próprio fazer seu pedido. Discutindo-se todo o procedimento ocorrido, aumenta-se

também a capacidade do cliente discriminar detalhes do próprio comportamento emitido.

No caso específico da modelação, destaca-se a importância de estabelecer a resposta de observar o comportamento de outrem e de si como uma condição que contribui, decisivamente, para a autonomia futura do cliente na medida em que a identificação de estímulos relevantes do ambiente e a calibragem do próprio comportamento diante desses estímulos aumentam também a possibilidade de reforçamento natural em seu ambiente imediato.

DESVANECIMENTO (FAD/NG)

Trata-se da transferência gradual do controle que um estímulo exerce sobre a resposta para outro estímulo (Medeiros, 2004). Essa técnica é importante quando é necessário que uma resposta, controlada indevidamente e/ou de forma muito limitada, por determinado estímulo, passe a ser controlada por outro ou outros. A técnica do esvanecimento possui duas vantagens principais:

- (1) a possibilidade de se realizar a chamada "aprendizagem sem erro" devido exploração gradual de novos recursos do cliente e;

- (2) a redução dos efeitos negativos de um processo de extinção, uma vez que a taxa de reforçamento se mantém e somente é direcionada para uma outra condição de controle de estímulos (Medeiros, 2004).

Medeiros afirma ainda que, na prática clínica, este procedimento é bastante útil quando um comportamento do cliente, já instalado, deve ocorrer também em outras ocasiões, diferentes daquelas em que atualmente já ocorrem. Segundo a autora, a própria prática clínica é um exemplo do procedimento de esvanecimento, já que inicialmente o estímulo que controla alguns comportamentos do cliente vem do terapeuta, e seu objetivo é que o cliente também possa comportar-se de maneira semelhante em situações naturais, diante de outros estímulos. Deduz-se, a partir daí, que o atendimento em ambiente extraconsultório facilita esse processo, já que a situação de interação do cliente com o terapeuta passa a assemelhar-se mais às situações cotidianas de sua interação com as demais pessoas.

REFORÇO DIFERENCIAL PARA OUTROS COMPORTAMENTOS (DRO)

Esse procedimento envolve a escolha de um comportamento indesejável a ser extinto e, a partir daí, um

direcionamento das conseqüências reforçadoras para quaisquer outros comportamentos que não aquele, de modo que a taxa de reforçamento recebida pelo cliente continue alta, porém, aplicada de forma seletiva. Dada essa característica, o reforço diferencial para outros comportamentos (DRO) também reduz os efeitos indesejáveis da extinção (Ferster, Culbertson & Boren, 1979) e será tanto mais eficaz quanto mais os comportamentos escolhidos para reforçamento sejam incompatíveis com aquele que se quer extinguir e quanto mais eles possam produzir os mesmos reforçadores. Por exemplo, suponhamos que o terapeuta tenha como objetivo reduzir a freqüência do comportamento do cliente de "queixar-se" durante o atendimento. Aplicando a técnica de DRO, o terapeuta responderá diferencialmente às verbalizações incompatíveis com a queixa, o que inclui desde a mera descrição de eventos, sem o queixar-se, até verbalizações de melhora.

É fácil imaginar a dificuldade, em *setting* terapêutico, de se dispor de comportamentos alternativos para o uso do DRO. Já nas condições naturais do contexto do cliente, a estimulação é mais variada, tomando mais provável também uma diversidade de outros comportamentos. No caso do AT, além do terapeuta, os demais significantes do cliente, se

adequadamente instruídos, se tomam agentes reforçadores para comportamentos aos quais nem sempre o terapeuta tem acesso.

EXPOSIÇÃO

Trata-se de uma técnica de extinção respondente, isto é, que visa a quebra da relação de contingência entre o estímulo condicionado (CS) e o estímulo incondicionado (US). Segundo Conte & Silveira (2004), a terapia de aceitação e compromisso (ACT) compreende alguns procedimentos que parecem envolver a extinção respondente - e também a operante. Ao defender a aceitação de estados e emoções indesejados durante a terapia (como por exemplo, a ansiedade) já é uma maneira de expor o cliente a esses estímulos. É possível e desejável que ocorra uma generalização do falar de situações aversivas, gerando cada vez menos ansiedade para o enfrentar as mesmas situações.

No atendimento extraconsultório, o terapeuta pode acompanhar de perto a exposição do cliente aos estímulos que produzem ansiedade. A exposição e a dessensibilização sistemática (descrita em seguida) são ambas técnicas que exploram as relações respondentes. A exposição é parte da

dessensibilização, porém, em a mesma estrutura de inibição recíproca via relaxamento. Porém, a presença do terapeuta na situação de exposição pode ser encarada como um estímulo que elicia respondentes de conforto e segurança que podem reduzir a aversividade situação. Outro ponto interessante da técnica de exposição em atendimento extraconsultório é a possibilidade de o terapeuta observar diretamente detalhes da situação e, dessa maneira, selecionar aqueles que favoreçam o enfrentamento bem-sucedido e com controle razoável da ansiedade pelo cliente.

DESSENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA

A dessensibilização sistemática é uma técnica desenvolvida por Joseph Wolpe na década de 1940, a partir do procedimento de relaxamento progressivo desenvolvido por Jacobson. A técnica envolve um treino em relaxamento, a elaboração de uma escala hierárquica de estímulos ou situações que provocam ansiedade no cliente e a exposição gradual a tais estímulos, pareando-se os eventos eliciadores de ansiedade com o relaxamento (Zamignani, 2004). O pareamento é fundamentado pelo princípio de inibição recíproca, segundo o qual as respostas de relaxamento são

incompatíveis com respostas de ansiedade e, por essa via, a ansiedade é então inibida:

se um a resposta inibidora de ansiedade puder ser produzida na presença de estímulos eliciadores de ansiedade, ela enfraquecerá o vínculo entre esses estímulos e a ansiedade. (Wolpe, 1973, p. 32)

A dessensibilização sistemática é realizada por meio da imaginação das situações que elidam ansiedade, da utilização de imagens (figuras), ou ainda ao vivo, expondo-se o cliente à situação real. No contexto do consultório, nem sempre é possível utilizar o método ao vivo, restando o procedimento imaginário, por exemplo no caso de fobia ao uso de elevador. Pode se também utilizar uma combinação dessas opções, iniciando-se por aquelas que causariam menos ansiedade (imagens e imaginação), até que numa próxima etapa o cliente seja capaz de expor-se aos estímulos reais.

No *setting* terapêutico tradicional, a utilização de imaginação e imagens para o procedimento de dessensibilização sistemática é relativamente simples. A exposição aos estímulos reais é mais difícil, devido a questões práticas, como no caso de fobia de injeção, em que exponha o cliente, durante o próprio atendimento, aos materiais de enfermagem, como seringa, garrote e agulha. Outra

alternativa menos indireta pode ser simular um a situação em que o cliente chega à enfermaria, senta-se, tem seu braço amarrado ao garrote e assim por diante.

Não obstante, nessas alternativas, em muitos casos a exposição se torna praticamente impossível, como por exemplo em fobia de elevadores, de altura etc. Nesses casos, para dar seguimento ao atendimento, uma alternativa seria orientar o cliente a expor-se a esses estímulos sem a presença do terapeuta, no intervalo entre as sessões, e trazer para o atendimento o relato do ocorrido. A presença do terapeuta no ambiente extraconsultório, nessas situações, seria valiosa para que o procedimento fosse mais eficaz, auxiliando o cliente a enfrentar a tarefa (não se esquivar dela) e, ao fazê-la, garantir o relaxamento diante do estímulo ansiógeno, e avaliar, junto com o cliente, o seu sucesso logo após a execução da tarefa.

Mesmo em casos de ansiedade diante de estímulos trazidos para o *setting* clínico tradicional, há limitações quanto à semelhança entre a situação planejada para o procedimento e a situação real. No caso citado sobre fobia de injeção, vários estímulos presentes em uma enfermaria, causadores de ansiedade, não estão presentes: a sala de espera e a sala em que o cliente seria atendido, o cheiro típico da

enfermaria, a presença da enfermeira. Essa limitação dificulta a generalização e, assim, a eficácia do procedimento.

ILUSTRANDO UM CASO CLÍNICO

A seguir, descreveremos o relato de um caso de atendimento em ambiente extraconsultório, em que diversas técnicas apresentadas neste capítulo foram utilizadas de maneira combinada. O recorte aqui descrito focaliza a intervenção sobre o treino de habilidades sociais e o manejo da ansiedade. Ainda assim, a escolha e o uso das técnicas são respaldados por uma análise funcional dos comportamentos da cliente.

L. era uma moça de 21 anos, alemã, casada há quatro anos com um brasileiro, 12 anos mais velho, que conheceu em seu país de origem. A partir do terceiro ano do casamento, mudaram-se para o Brasil. Para isso, L. abandonou a faculdade que iniciara na Alemanha, passando a viver como dona-de-casa. Quando o atendimento se iniciou, era capaz de falar português, embora com alguma dificuldade e sotaque acentuado.

Foi encaminhada para acompanhamento terapêutico com a primeira autora pelo terapeuta que a atendia há alguns meses em *setting* clínico tradicional, com os diagnósticos de síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). L. era uma moça loira, ligeiramente acima do peso, de voz sempre baixa, gestos retraídos (por exemplo, passos curtos, braços cruzados, bolsa à frente do corpo) e olhar cabisbaixo.

Também era acompanhada por um psiquiatra, que fez seu diagnóstico e prescreveu medicação apropriada. Aceitou a indicação de acompanhamento terapêutico diante do surgimento de uma oportunidade de o marido voltar a trabalhar na Alemanha e retomarem ao seu país. Assim, L. viu no acompanhamento terapêutico uma oportunidade de acelerar seu tratamento, para retornar à Alemanha em melhores condições.

L. relatou que já tinha os mesmos problemas quando morava na Alemanha, onde também fazia terapia. Tinha, por exemplo, muita dificuldade em assistir as aulas da faculdade. L.: "Eu me sentia observada pelos outros alunos. Me sentia ridícula. Só conseguia ficar na aula quando tinha algum lugar para me sentar no fundo, sem ninguém dos lados e perto da

porta. Mas às vezes eu começava a passar mal e precisava sair correndo".

A descrição dos comportamentos relacionados ao seu diagnóstico mostrou que ataques de pânico e crises de ansiedade ocorriam principalmente fora de casa, no contato com outras pessoas, ao passo que rituais ocorriam dentro de casa, enquanto L. estava sozinha - período que abrangia a maior parte do dia. Entre os rituais, um exemplo dado por L. era o de checagem das notícias de um jornal eletrônico alemão.

L.: "Quando entro na internet, e entro muitas vezes ao dia, primeiro preciso entrar no jornal alemão. Aí começo a olhar as notícias. Se eu clico em uma, tenho que ler até o fim, voltar pelo mesmo caminho e olhar a página inicial novamente do começo, até a próxima notícia que irei clicar. Repito isso diversas vezes até esgotar o jornal. Depois faço a mesma coisa com o jornal eletrônico brasileiro. Só aí posso abrir meu e-mail ou olhar quaisquer outra coisa da internet".

Os ataques de pânico e crises mais fortes de ansiedade ocorriam em situações que demandavam interação com outras pessoas (por exemplo, pedir uma informação), mas até mesmo em situações nas quais L. poderia somente estar ao

lado de pessoas (por exemplo, circular em um shopping). L.: "Tenho medo de ser observada por alguém. De fazer alguma coisa ridícula. De enlouquecer. Sempre acho que não vou saber o que dizer para as pessoas. Tenho vergonha de falar com os outros e de estar nos lugares, de comer em público, de tomar uma xícara de café num restaurante e notarem que minhas mãos estão tremendo de nervosa../'.

A elaboração de uma análise funcional que norteou a intervenção incluiu, além da descrição das interações atuais, alguns elementos da história de vida da cliente. Por hora, destacam-se alguns fatos importantes: a cliente sofreu dois estupros (na infância e na adolescência), e foi criada pela madrasta, que restringia sua interação com outras pessoas e a criticava constantemente. L. casou-se "para se livrar da madrasta", estabelecendo com o marido uma relação de submissão e dependência.

A análise funcional dos comportamentos relatados por L. em sua história de vida e observados no presente levou às seguintes conclusões:

(1) História de aversividade nas interações (estupros, punições da madrasta) e restrição de oportunidade de interações produziram esquiva e ansiedade no contato

social e poucas oportunidades de desenvolver um repertório de habilidades sociais.

(2) Tal aversividade eliciava fortes respondentes associados ao estado de ansiedade (como o tremor das mãos). A cliente ficava sob controle desses estados, que dificultavam ainda mais a probabilidade de que tivesse um bom desempenho em seus contatos sociais.

(3) A situação se agravou no Brasil, uma vez que era ainda mais complicado interagir com pessoas de língua e cultura diferentes da sua. Além disso, perdeu as oportunidades de se relacionar que tinha na Alemanha (por exemplo, a faculdade), passando o tempo todo em casa e aumentando a chance de se engajar em rituais.

Em suma, o repertório já deficitário em habilidades sociais se agravou com a mudança para o Brasil. No cotidiano atual, observou-se que L. tinha poucas oportunidades de ser positivamente reforçada em qualquer interação social, seja devido a déficits nas habilidades sociais necessárias, seja pela sua Condição de isolamento físico (ficar grande parte do tempo em casa) e cultural (estar em outro país).

A sessão ilustrada a seguir se inicia com a elaboração de uma hierarquia de situações que ansiedade.

T.: "Antes de fazermos qualquer coisa na rua ou mesmo aqui, precisamos planejar isso. Que tal se fizermos uma

listinha dos lugares que te dão ansiedade? Vamos:fazendo juntas...” (Início do planejamento da dessensibilização sistemática.)

L.: "A faculdade com certeza é o pior lugar". (L. volta a descrever a faculdade.) T.: "Vou anotar aqui: a faculdade. Vamos tentar pensar em várias situações. Lembro que você já havia dito também o shopping".

L.: "Sim, com todas aquelas pessoas me olhando...". (Ansiedade: a voz de ; L. começa a tremer um pouco.)

T. e L. elaborar uma lista, composta por 15 itens. O passo seguinte consistiu em estabelecer uma hierarquia para estes itens, do menos difícil para o mais difícil.

T.: "Certo, então você me disse que falar ao telefone é o menos difícil, tomar café em uma lanchonete está num nível intermediário, e sentar para assistir um a aula com colegas é o pior de sua lista (T. percebe que L. está menos ansiosa.) Você conseguiu falar sobre todas essas situações e refletir sobre elas. Percebi que no começo você ficou um pouco ansiosa, mas que depois foi se acostumando”. (Modelagem, objetivando que a cliente consiga discriminar seus estados corporais e reforçar o falar sobre suas dificuldades.)

L.: “É verdade”. (L. respira fundo, sorri, encosta-se mais à vontade no soá e parece aliviada.)

Uma vez estabelecido que falar ao telefone era a situação de interação que menos eliciava ansiedade em L., a próxima intervenção foi planejar e praticar uma conversa desse tipo.

T. : “Temos algumas coisas para combinar . Para tudo que fiz ermos, vamos combinar um sinal que você fará para mim caso se sinta em apuros e queira minha ajuda”.

L.: "Alguma coisa que eu faça? Por exemplo, posso mexer na minha aliança".

T.: "É uma boa idéia. Ficarei atenta, e se você fizer isso, lhe ajudo imediatamente. (O objetivo era que L. soubesse que teria sempre uma saída nas situações que enfrentasse nas sessões, diminuindo assim a sua ansiedade.) Agora, vamos pensar em para onde ligar e o que falar".

L.: "Não sei como fazer isso...”. (Tentativa de esquiva da atividade.)

T.: "Poderíamos ligar para alguma loja para pedir informações". (T. ignora a fala de L. estabelecendo o primeiro elemento do DRO. Também dá modelo de como pensar em situações possíveis e bloqueia a esquiva de L.)

L.: “Tipo uma livraria?”. (L. também diz uma situação possível; não se esquiva.)

T.: "Boa! Aí perguntamos sobre algum livro. Vamos pensar em algum livro que com certeza eles terão na livraria”.(Modelagem: T. elogia a sugestão de L., ou seja, completando o DRO, e dá outra instrução).

L.: “O código Da Vinci, porque está entre os mais vendidos”. (L. segue a instrução ao sugerir livro).

T. :“Legal. O que podemos perguntar?”. (Novamente verifica-se o DRO, favorecendo a modelagem: T. aceita a

sugestão do livro e direciona L. a continuar planejando a atividade.)

L.: "Podemos perguntar se eles têm o livro e quanto custa...". (L. segue a instrução.)

T.: "É isso aí. Será que agente consegue pensar em mais coisas pra perguntar, pra esticar a conversa?". (Modelagem: T. concorda com as propostas de L. e aumenta a complexidade da exigência, o que cria condições para a manutenção do DRO.)

L.: "Mais coisas? Oh, quanto tempo vamos ficar conversando ao telefone?!" - (Tentativa de esquivar. L. parece um pouco ansiosa, embora sua reclamação carregue um tom de brincadeira.)

T.: "Se você fosse mesmo comprar O código Da Vinci, o que mais iria querer saber?". (T. bloqueia a esquivar, insistindo na pergunta e tomando-a mais «diretiva».)

L.: "Talvez o endereço da livraria". (L. responde; não se esquivar e com isso -segue-se a consequência positiva.)

T.: "Sim, para ir buscar o livro... Será que eles dão desconto à vista?". (Modelagem: nova concordância com a sugestão de L., e nova pergunta sugerida por T.) "Podemos perguntar isso também... E acho que já chega, não?". (L. aceita a sugestão e solicita que a atividade se encerre neste ponto.)

T.: "É, já temos um bocadinho de perguntas. Você gostaria de anotar? Assim fica mais fácil, se você esquecer o que fazer poderá consultar a anotação...". (Esvanecimento: ao anotar, L. poderia ficar menos sob controle da ansiedade e mais sob controle de outro estímulo - a anotação - aumentando a chance de ser bem-sucedida na atividade.) L. anota as perguntas a fazer para a livraria. Pega a lista telefônica, mas diz: L. "E se eles quiserem que eu compre o livro? E se me

ligarem de volta? E se eu anotar o endereço deles e não passar lá? Vão achar que sou doida. Vou dizer que bati a cabeça e fiquei com amnésia, que nunca liguei lá na minha vida".

Apesar da ansiedade, L. está também brincando com a situação. T. e L. riem e L. relaxa. No decorrer, tal tipo de preocupação deveria ser encarada com humor. T. combina que fará a primeira ligação, e depois será a vez da cliente - modelação:

T.: "Vamos escolher uma livraria para eu ligar primeiro. Eu ligo e faço quase todas as perguntas. Vou deixar pra você somente a última, sobre o desconto à vista. Na sua vez você faz as mesmas perguntas que eu, e também a do desconto. Que tal?". (Modelagem: T. faz a primeira ligação. É a vez de L.)

L.: "Alô, por favor, uma informação? Eu gostaria de saber se vocês têm O código Da Vinci... Espero... (Enquanto L. esperava a informação, T. fez um aceno com o polegar, indicando que ela estava indo bem.) Têm? E qual é o preço? Sei, estou anotando... Esse preço é à vista? Ah, à vista tem 10% de desconto... E qual é o endereço para eu ir buscar? Estou anotando... Obrigada... vou passar aí de tarde... (L. conseguiu fazer toda a atividade proposta. A modelagem para essa resposta foi concluída. Sua feia era rápida e ligeiramente tensa. Ao terminar, riu aliviada.)

T.: "Muito bem! Você foi até o final. Você até perguntou algumas coisas a mais, hein?! (Modelagem: T. elogia o fato de L. ter completado a tarefa, e não faz nenhuma crítica à sua fala rápida e tensa.) Como foi a sua ansiedade, de zero a dez?". (Fazer essa avaliação é importante na dessensibilização sistemática, uma vez que L. só deveria se engajar em um a

atividade mais complexa da hierarquia quando estivesse conseguindo fazer a atual com o mínimo de ansiedade.)”

L.: "Acho que seis... Fiquei com medo de me fazerem outras perguntas além do que já tínhamos pensado..."

T.: "Seis? Estamos indo bem... Aposto que se ele fizesse alguma outra pergunta você conseguiria responder... Vamos treinar isso entre nós duas? A gente fez de conta que sou eu a vendedora, e você me liga... (Modelagem: T. elogiou o desempenho de L. e a avaliação de sua ansiedade e propôs repetição da atividade, aumentando a complexidade do desempenho exigido, mas em contrapartida fazendo um role-play em que ela própria seria a vendedora da livraria, supondo que essa condição causaria menos ansiedade do que ligar para outra livraria.)

T.: "Vamos lá. Finja que você está me passando um trote. (Risos.) Não ligue se o que você falar for absurdo...**. (Aqui provavelmente o comportamento de T. também está sendo modelado, ao observar que o uso de humor - trote - reduzia a ansiedade de L. O humor se intensifica ao longo do role-play.)

T. e L. fazem o role-play, simulando utilizar o telefone. Inicialmente, a conversa se seguiu idêntica à anterior. Depois, T. começa a fazer mais perguntas, não previstas, as quais L. temia. Nesse momento, T. estava fazendo exposição a uma situação que eliciaria ansiedade (imprevisibilidade) e novo esvanecimento (L. agora deveria ficar sob controle das perguntas da "vendedora", e não mais de suas anotações).

T.: "Quantos livros você vai querer comprar?". (Riu para L. e fez um gesto para ela dizer que queria comprar muitos.)

L.: "Quero vinte livros. Vou dar de presente para a família inteira". (Riso contido.)

T.: "Um momento, vamos ver se temos essa quantidade no estoque. Temos, sim. Você quer deixar reservado?". (T. fez um gesto para L. falar algo sobre preço. Apesar de estar fazendo perguntas imprevisíveis, T. está dando algumas dicas para auxiliar as respostas de L.)

L.: "Quero, sim. Meu marido vai buscar de tarde. Mas para comprar vinte livros quero que vocês me dêem mais desconto!". (L. acata as dicas de T. e dá também respostas novas e espontâneas.)

T.: "Vou ver o que posso fazer... Para vinte livros, posso dar 12%".

L.: "Muito pouco... Liguei para outra livraria que ofereceu 18%". (L. punha mão sobre o telefone para rir.)

T.: "Está bem, podemos cobrir essa oferta se você passar aqui até as cinco da tarde. Qual é o seu nome? Vou deixar anotado..."

L.: "Meu nome é L. Obrigada."

Ao terminarem o diálogo, T. e L. riram alto. L. começou a brincar: "Agora agente liga para uma funerária e encomenda vinte caixões!". Quando perguntada sobre o grau de ansiedade, respondeu: "Foi maior quando você fez a primeira pergunta inesperada. Depois comecei a achar divertido e passou...". O desempenho de L. e sua avaliação sobre esse desempenho indicaram que a atividade foi bem-sucedida. L. conseguiu ficar sob controladas novas perguntas criadas pela

terapeuta no role-play, observar a redução de sua ansiedade, e ser reforçada naturalmente pelo seu sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trecho do caso clínico descrito demonstrou a utilização das técnicas em uma das sessões iniciais de um atendimento em ambiente extraconsultório. As intervenções realizadas no acompanhamento terapêutico de L. visaram o manejo de comportamentos operantes (repertório de habilidades sociais) e respondentes (ansiedade) em interação. Para tal, todas as técnicas descritas neste capítulo foram utilizadas, em diversos momentos do tratamento. A descrição da sessão demonstrou que as técnicas constantemente se sobrepõem durante a intervenção e é mais importante a adequação à análise funcional realizada e às contingências que operam durante o próprio atendimento.

É provável que a oportunidade de retomar à Alemanha tenha funcionado como uma operação estabelecadora que aumentou o engajamento de L. no tratamento, bem como o valor reforçador de seus progressos. Trata-se de um caso em que a aplicação das técnicas foi bem-sucedida, alcançando os objetivos propostos de redução da ansiedade na primeira

etapa da dessensibilização sistemática, e de ensino de habilidades sociais, via modelagem, modelação, esvanecimento e DRO.

A comparação das possibilidades de utilização das técnicas comportamentais apresentadas no *setting* clínico tradicional e no ambiente extraconsultório demonstrou algumas vantagens desse último. Há a possibilidade de o terapeuta observar o comportamento do cliente em ambiente natural, facilitando a análise funcional que guiará sua intervenção, e minimizando problemas como, por exemplo, a dificuldade do cliente, em *setting* tradicional, em relatar eventos de seu dia-a-dia, e mesmo a questão da confiabilidade de seu relato.

O aumento na variedade de estímulos presentes no ambiente natural permite que o terapeuta trabalhe simultaneamente com diversas técnicas. Além disso, a situação de ambiente natural passa a ser mais semelhante à do cotidiano do cliente, facilitando a generalização de comportamentos que ele inicialmente emita somente na interação com o terapeuta.

O terapeuta tem ainda a opção de contar com a colaboração de outras pessoas durante o atendimento em

ambiente natural, fazendo acordos com familiares ou outros significantes, ou mesmo indiretamente, ao solicitar que o cliente observe e interaja com diversas pessoas, a depender dos objetivos do atendimento.

Por fim, na interação propiciada pelo ambiente natural, as conseqüências dadas ao comportamento do cliente também são mais naturais, fornecida não apenas pelo terapeuta como também pelas pessoas de seu convívio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANACO, R.A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R.R. Kerbauy 81 R.C. Wielenska (orgs.). Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica a diversidade da aplicação, v. 4. Santo André: ARBytes.

CONTE, P.C.S. & SILVEIRAS, J. M. (2004). Extinção e terapia. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca.

del PRETTE, Z. A. P. & del PRETTE, A. (1999). Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis: Vozes.

DERDYK, P. R. & GROBERMAN, S. S. (2004). Imitação. Em C.N. Abreu & CH.J. Guilhardi (orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca.

FESTER, C. B. CULBERTSON, C. P. (1979), Princípios do comportamento. Tradução de Maria Ignez Rocha e Silva, Maria Alice de Campos Rodrigues e Maria Benedita Lima Pardo. São Paulo: Hudtec.

KERBAUY, R. R. (1997). Contribuição da Psicologia Comportamental para a Psicoterapia. Em M. Delitti (org.). Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental, v. 2, pp. 1-7. São Paulo: ARBytes.

KERBAUY, R. R. (2002). Contribuição da FAP e pontos a esclarecer. Em H.J. Guilhardi, M.B.B.P. Madi, P.P. Queiroz & M.C. Scoz (orgs.). Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento, v. 10, pp. 281 -283. Santo André: ARBytes,

MEDEIROS, L. (2004). Esvanecimento. Em C.N. Abreu & H.J. Guilhardi (orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca.

MEYER, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C.E. Costa, J. C. Luzia & H.H.N. Sant'Anna (orgs.). Primeiros passos em análise do comportamento e cognição, pp. 75-91. São Paulo: ESETEC.

REGRA, J. A. G. (2004). Modelagem. Em C. N. Abreu & H.J. Guilhardi (orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca.

SKINNER, B. F (1974). Sobre o behaviorismo. Tradução de Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix.

WOLPE, J. (1973). Prática da terapia comportamental. Brasília: Editora Brasiliense.

ZAMIGNANI, D . R . (2004). Dessensibilização sistemática ao vivo. Em C.N. Abreu & H.J. Guilhardi (orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas, pp. 167-176. São Paulo: Roca.

Referência deste Capítulo:

Del Prette, G. & Garcia R. M. (2010) **Técnicas comportamentais: possibilidades e vantagens no atendimento em ambiente extraconsultório.** Em: Zamignani, D. R.; Kovak, R. & Vermes, J. S. Clínica de Portas Abertas. Santo André: ESETEC Editores Associados