

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/318312039>

Terapia Analítico Comportamental

Chapter · September 2016

CITATIONS

0

READS

1,122

4 authors:



Denis Roberto Zamignani

Núcleo Paradigma

30 PUBLICATIONS 583 CITATIONS

SEE PROFILE



Joana Singer Vermes

3 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Sonia Beatriz Meyer

University of São Paulo

47 PUBLICATIONS 133 CITATIONS

SEE PROFILE



Roberto Alves Banaco

Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia...

36 PUBLICATIONS 70 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Analytical behavior therapy and cognitive-behavior therapies: similarities and divergences from a historical perspective and current practice [View project](#)



Estudo de processos verbais na Terapia Analítico-Comportamental [View project](#)

Práticas das Psicologias Comportamentais no Brasil

ALAMOC

Asociación Latinoamericana de
Análisis y Modificación del
Comportamiento y Terapia
Cognitivo-conductual



OSWALDO M. RODRIGUES JR. (ORG.)

Rodrigues Jr. (org.)

Capa e ilustrações entre capítulos – Oswaldo M. Rodrigues Jr.
Logotipo ALAMOC e ALAMOC Brasil redesenhado por Fagner
Silveira.

Ilustrações nos capítulos são de responsabilidade dos autores de cada
capítulo

Rodrigues Jr., Oswaldo M. (org.), 1959- (org.)
Práticas das Psicologias Comportamentais no Brasil / Oswaldo M.
Rodrigues Jr.;
São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 2016.

ISBN- 978-1533500694

ISBN- 153350069X

1. Psicologia comportamental. 2. Práticas psicoterápicas. 3.
Psicologia. I. Título.

Copyright © 2016 Oswaldo Martins Rodrigues Júnior
All rights reserved.

**ALAMOC – Associação Latino-americana de Análise e Modificação
do Comportamento e Terapia Cognitivo-Comportamental**

ALAMOC Brasil

rua São Bartolomeu, 59 – Perdizes

050147-030 – São Paulo – SP

Brasi

www.inpasex.com.br



Índice

Apresentação - Edgard Pacheco-Luza	5
Introdução - Oswaldo M. Rodrigues Jr.	9
Autores	11
Formação do analista do comportamento - Lizandra de Campos Brandani	19
Breves observações sobre comportamento suicida na vida adulta e suas relações com abuso sexual na infância - Tiago Carlos Zortea	27
Terapia analítico-comportamental - Denis Roberto Zamignani, Joana Singer Vermes, Sonia Beatriz Meyer, Roberto Alves Banaco	51
Psicologia do Esporte: práticas em Análise do Comportamento - Eduardo Neves Pedrosa di Cillo	71
Terapia Cognitiva Sexual: integrando os paradigmas cognitivista, comportamental e contextual no tratamento das disfunções sexuais - Aline Sardinha, Antonio Carvalho	81
Terapia Cognitivo-Comportamental de grupo em uma experiência com a ansiedade social - Lélío M Lourenço, Carolina Dittz, Ernani Gomes, Auxiliatrice C Badaró	101
Protocolo T.R.I. de intervenção clínica e preventiva na infância - Renato Maiato Caminha, Marina Gusmão Caminha, Carolina Maiato de Lima	113
Terapia Sexual para Ejaculação Precoce em Grupo - Grupo Orientação e Terapia de Ejaculação Precoce - Oswaldo M. Rodrigues Jr., André Bertoldi, Maria Luiza Dada	131
Psicoterapia Cognitivo-Comportamental com Crianças: Técnicas Lúdicas - Luciana Rizo	151

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Denis Roberto Zamignani

Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Joana Singer Vermes

Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Universidade de São Paulo

Sonia Beatriz Meyer

Universidade de São Paulo

Roberto Alves Banaco

Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Embora haja diferenças fundamentais entre as propostas terapêuticas de origem comportamental (analítico-comportamental, cognitivo-comportamental, cognitiva, etc.), ainda são comuns confusões entre essas denominações. O termo Terapia analítico-comportamental foi adotado de modo a especificar a identidade da prática clínica dos analistas do comportamento perante outras terapias comportamentais (Zamignani, Pacheco e Meyer. 2008).

Embasada filosoficamente no behaviorismo radical e no contextualismo, e observando fenômenos por meio de processos descritos a partir de métodos experimentais da Análise do Comportamento, a terapia analítico-comportamental é uma aplicação clínica desses conhecimentos. A ciência que embasa, portanto, a terapia analítico-comportamental é a análise do comportamento, orientando-a por um sistema amplo de interpretação do comportamento humano, que inclui a filosofia, os princípios, os conceitos e os métodos desta ciência (Meyer, Del Prette, Neno, Banaco, Zamignani & Tourinho, 2010).

O modelo causal da análise do comportamento é selecionista. A seleção de respostas dos indivíduos dá-se pelas

consequências. Monista, materialista e seccionista, a terapia analítico-comportamental teve que buscar enormes adaptações para dar conta do comportamento humano. De acordo com este modelo, qualquer instância de comportamento é produto da combinação complexa (entrelaçamento) entre três grupos de variáveis - três níveis de seleção do comportamento. O primeiro diz respeito à seleção filogenética, composto basicamente de características e padrões comportamentais – sim, para esta abordagem, o comportamento é uma característica biológica – herdadas ao longo do processo de evolução da espécie. O segundo diz respeito à seleção do comportamento individual, que se dá na ontogênese, uma característica desenvolvida também durante o processo evolutivo. Gradativamente a complexidade comportamental das espécies passou a ocorrer quanto mais os indivíduos tinham seus comportamentos despregados dos tipicamente encontrados em suas espécies e passaram a ter uma maior parcela de comportamentos próprios, aprendidos. O terceiro nível de seleção é composto pelas práticas culturais – nível cultural de seleção. Este último diz respeito à seleção e manutenção de características do grupo com o qual o indivíduo convive e que interage com seu repertório. Um grande salto evolutivo encontrado em nossa espécie é o advento do comportamento verbal. Este se instala apenas em ambientes humanos, e na grande parte das observações encontradas pela ciência, muito raramente em indivíduos de espécies não humanas. Os processos verbais são extremamente importantes já que são um grande foco de criação de problemas clínicos e também é neles que se encontram boa parte das soluções.

Como resultado dessa complexa rede de relações nos três níveis aparecem as tendências a responder, às quais atribuímos o nome de “repertório comportamental” – termo que compreende todas as formas pelas quais cada um dos indivíduos interage com o mundo e consigo próprio. Há também um modo particularmente importante de se relacionar com o mundo e consigo próprio a partir de uma certa convivência com a cultura: quando nos referimos a essa interação – que é verbal - do indivíduo consigo mesmo e com as experiências e os aspectos privados (encobertos) que as acompanham, estamos falando de subjetividade, um dos temas mais importantes da psicologia.

Nesta abordagem, o comportamento é compreendido como um fenômeno único, idiossincrático. No âmbito terapêutico, portanto, deve-se trilhar caminhos específicos para cada cliente, com base na história individual e no seu repertório comportamental. Por esse motivo, terapeutas comportamentais entendem, analisam e intervêm com os problemas clínicos de maneira muito particular.

Considerando que os comportamentos existem devido a uma história de interação com o mundo, o papel do terapeuta é debruçar-se sobre ela e buscar compreender quais são as variáveis do ambiente que contribuem para que os comportamentos sejam modelados e mantidos. Um conceito importante neste aspecto é o conceito de classe de respostas: diferentes formas de se relacionar com o mundo podem exercer funções semelhantes ao interagir com o ambiente. Assume-se, assim, que a origem do problema clínico seja, em grande parte, os reforçadores – positivos e negativos, sociais e não-sociais – que são produzidos por determinadas classes de comportamento. A obtenção desses reforçadores, entretanto, passa por crivo social. Assim, algumas formas de obtenção de reforçadores são passíveis de punição pelo grupo, o que traria o sofrimento psicológico, enquanto outras formas são socialmente aceitas. O terapeuta analítico-comportamental procura promover um repertório de auto-observação, enfrentamento e de solução de problemas, de modo que o indivíduo maximize o acesso a reforçadores, com o mínimo de punição.

Entende-se por comportamento não apenas aquilo que pode ser observado, mas também os fenômenos que ocorrem no interior do corpo, tais como sentimentos, sensações, pensamentos, sonhos, fantasias, imagens, ideias e emoções. Na prática, a principal decorrência do monismo é o direcionamento da investigação para as interações do indivíduo com o ambiente, que explicam tanto as queixas como as condições para a mudança comportamental do cliente. O terapeuta analítico-comportamental estuda o papel que o meio desempenha sobre o comportamento em vez de supor a existência de eventos mentais com possíveis funções causais.

Outra marca desse tipo de análise é a preocupação com a qualidade científica daquilo que se estuda. Para essa abordagem, o comportamento é passível de ser compreendido por modelos da ciência. Embora não se possam analisar todos os fenômenos de

forma integral (pelo menos com os métodos de investigação que conhecemos até o momento), analistas comportamentais procuram usar princípios e métodos científicos para encontrar os porquês dos comportamentos e tentar desenvolver melhores formas de intervir sobre eles, tendo como objetivo a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Para isso, ao longo da história da análise do comportamento procurou-se encontrar, primeiro no laboratório e depois em outros ambientes, algumas “leis comportamentais”, ou seja, a compreensão de alguns fenômenos básicos, como os princípios de aprendizagem respondente e operante, cujo conhecimento orienta a técnica, os processos verbais e simbólicos etc.

Processo terapêutico

Durante as sessões terapêuticas o cliente é instado a observar as relações que estabelece com seu mundo e consigo próprio e a fazer o relato dessas observações para seu terapeuta. Quanto mais acuradas essas observações e relatos, melhor a intervenção terapêutica. Por vezes é necessário um longo processo de ensino de observar o que é relevante para a análise, e de apuramento do relato para que uma análise seja possível. Essa análise toma a forma de interpretação que leva em seu bojo uma formulação funcional: em que situações antecedentes esse comportamento do qual o cliente se queixa ocorre e quais são as consequências de curto, médio e longo prazos que o mantêm (Modelo ABC: Antecedent – Behavior – Consequence). O comportamento do cliente na sessão também é visto como uma amostra dos padrões de interação que ele estabelece com o seu ambiente social. Novos modelos interativos serão desenvolvidos pelo relacionamento com o terapeuta, cujo conhecimento sobre as relações comportamentais é usado para promover a transformação do repertório do cliente. O processo terapêutico é uma relação com um mínimo de punição possível, em que as ações do terapeuta exercem uma função importante de acolhimento e entendimento, ao mesmo tempo que o profissional dispõe de recursos e estratégias terapêuticas para ajudar o cliente a superar suas dificuldades e desenvolver-se.

Acolhimento inicial

A relação terapêutica é um tipo especial de vínculo que se estabelece entre terapeuta e cliente desde a primeira sessão. O simples fato de a pessoa ter procurado ajuda, independentemente de qualquer padrão de comportamento que apresente, deve ser alvo de expressões gerais de acolhimento. Ao adotar tal postura, o profissional precisa levar em conta a probabilidade de os problemas enfrentados pelo cliente decorrerem de contingências aversivas. Sendo assim, é fundamental que o terapeuta assuma uma atitude compreensiva, e não aversiva ou de julgamento. A condição que permite o primeiro passo em direção ao estabelecimento da relação terapêutica é o status do profissional, que sinaliza para o cliente que ele é capaz de ajudar. Tal “sinalização” é importante, uma vez que, para alguns dos que buscam a terapia, é difícil falar a respeito do que consideram eventos constrangedores, pensamentos, fraquezas ou erros.

Esse suporte não é direcionado a nenhum comportamento específico do cliente, e sim a uma ampla classe deles que envolve o engajamento em um processo de mudança. As atitudes do terapeuta nesse primeiro momento são as necessárias para o processo terapêutico ocorrer, constituídas tipicamente de ações e verbalizações que sugerem cuidado e apoio geral para a procura pela terapia – o que tem sido denominado na literatura clínica especificamente como “empatia”.

A audiência não punitiva, tema que será retomado mais adiante, é parte importante desse processo inicial. Em vários de seus escritos, Skinner afirmou que, para constituir-se como uma alternativa social a uma história de interação com eventos aversivos, o terapeuta ouve o relato do cliente sem nenhum tipo de crítica ou julgamento. Supõe-se que essa forma de interação favoreça ao indivíduo falar sobre assuntos “difíceis” – temas ou ações cujo contato ele vinha evitando porque teriam sido punidos em sua história de vida. Como efeito desse conjunto de contingências, o terapeuta se estabelece como ocasião para interações reforçadoras e para a remoção do controle aversivo.

É claro que respostas de acolhimento e compreensão, sozinhas, não são suficientes para conduzir uma boa intervenção. A constituição da relação terapêutica depende também de o profissional demonstrar ser capaz de compreender as relações descritas pelo cliente e dispor de estratégias para ajudá-lo. Vale

destacar que, em alguns casos, altos níveis de acolhimento e empatia podem ser contra produtivos, ofensivos ou culturalmente inapropriados. Isso indica que aquilo que é reforçador para um indivíduo pode não ser para outro, cabendo ao terapeuta observar os efeitos de suas intervenções.

Coleta das informações

As principais estratégias utilizadas para o recolhimento das informações no trabalho clínico são a entrevista e a observação no contexto da terapia. A coleta de dados por meio da entrevista clínica é parte integrante de qualquer modalidade de avaliação. Por meio dela, o terapeuta solicita que o cliente relate eventos, sentimentos e pensamentos, bem como estabeleça relações entre eles.

Apesar de o relato verbal ser extremamente importante, deve-se levar em conta que a narrativa do cliente é, muitas vezes, imprecisa, ou seja, em geral considera uma parte dos eventos envolvidos, e muito do que ocorre tende a lhe passar despercebido. Nem sempre há correspondência entre o relato (verbal) e a ocorrência do comportamento relatado (não verbal). O cliente pode não ter “consciência”, não ser capaz de contar parte de seus vários comportamentos, ou mesmo ser impreciso em relação a alguns outros. Em função disso, muitas vezes é interessante solicitar à pessoa uma nova observação, mais acurada, eventualmente com o uso de registros escritos.

O relato de eventos encobertos pode ser usado também como estratégia para obtenção de dados. Alguns terapeutas pedem ao cliente que fale de seus sentimentos, sonhos e fantasias como estratégias para acesso a informações difíceis de obter por meio da narrativa direta. Uma vez descritos eventos desse tipo, pode-se então solicitar o estabelecimento de relações ou analogias entre eles e os episódios vividos, elaborando, então, interpretações com base nas contingências em vigor.

O interesse do terapeuta não se deve resumir aos eventos descritos pelo cliente: é importante que ele fique atento a respostas sutis do indivíduo (tais como expressões faciais, postura, gestos, movimentos corporais, rubor da pele, olhos brilhando ou lacrimejando), que podem indicar estados emocionais. Conhecendo as emoções experimentadas pelo cliente, o terapeuta analisa as

possíveis contingências que as evocaram, seja no contexto da relação terapêutica, seja pela correspondência verbal entre o fato e o relatado. Esses indícios sutis podem sugerir também informações sobre o impacto que determinados eventos (externos ou da sessão) exercem sobre o comportamento dele e sobre a qualidade da relação terapêutica.

Avaliação comportamental

Desde as primeiras sessões, é necessário que o terapeuta colha informações sobre o cliente, de modo a construir um panorama geral sobre sua queixa e outros aspectos de seu repertório comportamental. Esse processo de coleta é pautado na análise funcional relacionada à instalação e manutenção dos problemas trazidos como queixa. Com base nos dados obtidos serão determinadas as intervenções a ser desenvolvidas.

A primeira etapa da avaliação diz respeito à identificação dos problemas apresentados pelo cliente e à organização deles em torno de algum tipo de critério de importância clínica. Habilidades e déficits comportamentais, bem como aspectos ambientais e facilitadores e problemáticos (tais como suporte social, saúde, recursos financeiros, disponibilidade e diversidade do ambiente para prover reforçadores, questões legais envolvidas etc.), são então levantados, para avaliar as condições disponíveis para a mudança comportamental. O terapeuta também deve coletar informações sobre habilidades e metas. Elas ajudam no planejamento de comportamentos alternativos ou incompatíveis com a queixa além de proporcionar conhecimento sobre possíveis fontes de reforçamento subutilizadas ou indisponíveis na vida do cliente.

Vale lembrar que os problemas comportamentais detectados naqueles que buscam terapia são muito mais abrangentes que a queixa específica e restrita trazida por eles. O terapeuta deve, de preferência, lidar com o repertório geral de comportamentos do cliente e não atentar prioritariamente para sua queixa específica. Esse repertório geral inclui os excessos e déficits comportamentais, além dos comportamentos "saudáveis" que o cliente tenha de fato aprendido, mas que por qualquer razão esteja ocorrendo em baixa frequência. Portanto, em uma avaliação funcional, característica da terapia analítico-comportamental, cabe

ao terapeuta ampliar o alcance da investigação, abrangendo esse repertório e as relações entre ele e os eventos do ambiente.

O passo seguinte é a identificação de relações funcionais entre variáveis ambientais e comportamento de interesse, assim como o reconhecimento das interações entre ele e os outros. Para isso, coletam-se informações sobre acontecimentos que antecederam e sucederam o comportamento de interesse, para em seguida identificar os que, de fato, exercem controle sobre as atitudes analisadas. É fundamental destacar que a busca pelos eventos relacionados ao comportamento nem sempre para nos antecedentes e consequentes imediatos. Muitas vezes, é necessário estender a investigação à história de vida do cliente, que pode explicar como alguns fatos adquiriram determinado significado para ele. Relações verbais envolvidas na sua interação com a cultura e com seu grupo familiar também devem ser investigadas, de modo que se tenha conhecimento sobre os valores e normas aos quais ele responde no cotidiano.

O terapeuta, em sua prática, olha para o indivíduo como um todo. Debruça-se intensamente sobre o passado, porque é ele que explica a construção do que hoje se reconhece como seu repertório comportamental. Ao mesmo tempo, centra suas atenções para compreender por que os comportamentos são mantidos. Para isso, o profissional pode dirigir seu olhar a alguns aspectos comportamentais do cliente, como veremos a seguir.

Rumo à intervenção

Uma vez que a relação terapêutica inicial tenha sido estabelecida, o terapeuta deverá dirigir, aos poucos, sua intervenção a fim de proporcionar condições para a mudança comportamental. Essa etapa coincide com a aplicação de estratégias clínicas a partir da análise funcional. Parte importante das terapias verbais, o desenvolvimento do autoconhecimento consiste em um processo no qual o terapeuta contribui para refinar sentimentos, pensamentos e valores, bem como a relação deles com a forma de o cliente interagir com o mundo. É fundamental também o reconhecimento, por parte do terapeuta, de que, em última análise, seu objetivo é proporcionar autonomia, de forma que, em algum momento, o cliente não precise mais desse tipo de ajuda. Para isso, é necessário que trabalhe criando condições para

que o indivíduo aprenda a observar e analisar o próprio comportamento e a desenvolver recursos para promover as mudanças necessárias.

O delineamento das estratégias de intervenção deve partir da análise desenvolvida pelo terapeuta a respeito de cada um dos elos da relação comportamental (conforme descrito anteriormente). No caso de não existirem eventos antecedentes apropriados para a emissão de comportamentos alternativos, pode-se propor a modificação direta do ambiente natural do cliente ou a busca por outros, que disponibilizem reforçadores de forma mais apropriada. O terapeuta pode facilitar essa descoberta pelo indivíduo e incentivar sua participação em situações e locais mais ricos em oportunidades de interação, bem como dispor de diferentes estratégias para conduzi-lo a buscar novos meios ou grupos sociais. Uma possibilidade é via interpretação, em que se explicitam as variáveis ambientais que impedem a mudança. Outra é a recomendação direta da procura por ambientes alternativos. Essa é provavelmente a forma mais "diretiva" de que um terapeuta pode lançar mão para produzir mais rapidamente a transformação necessária. Entretanto, o "efeito colateral" mais nocivo dessa prática é que, ao "dar a resposta pronta" não incentiva a exploração e a busca de outras opções pelo cliente, o que o faz perder a oportunidade de promover sua autonomia e favorece a dependência em relação ao terapeuta. Por isso, o profissional deve estar habilitado a agir com bastante parcimônia ao utilizar intervenções mais prescritivas.

Mais que remover uma resposta indesejada, o tratamento analítico-comportamental deve ter em vista aumentar a frequência de comportamentos desejáveis. Para casos nos quais o problema envolve déficits comportamentais, o terapeuta tem como alternativa oferecer informação sobre o desempenho correto ou os padrões sociais para o comportamento apropriado a determinadas situações. Pode considerar também a modelagem por aproximações sucessivas, estratégia em que as respostas que se aproximam daquela a ser aprendida são reforçadas socialmente até que a pessoa apresente o repertório desejado e produza os reforçadores naturais que manteriam o comportamento no dia a dia. Outra via bastante utilizada no ensino de repertório é a

modelação, que consiste em oferecer modelos de respostas para serem seguidos.

Em consultório é ainda possível fazer uma análise de consequências por meio da identificação das concorrentes, tanto as reforçadoras quanto as aversivas (que, apesar de produzirem efeitos indesejáveis, não são suficientes para inibir comportamentos inapropriados). O efeito esperado de tal procedimento é o cliente passar a atentar para as consequências aversivas que ocorrem em seu dia a dia, podendo buscar respostas alternativas àquelas que as produzem.

O conhecimento e a aplicação dos princípios básicos do comportamento, assim como a relação deles com as práticas (técnicas e procedimentos), são necessários para que o trabalho terapêutico seja consistente com a análise do comportamento. Conceitos como reforçamento, extinção, punição, controle de estímulos, generalização e outros devem fornecer a estrutura conceitual para o desenvolvimento da prática do terapeuta analítico-comportamental.

Mundo interno

No consultório, contamos em grande parte com o comportamento verbal para acessar as informações importantes sobre a vida do cliente. Por exemplo, ao dizer “Estou muito ansioso”, ele traz informações sobre uma condição aversiva que provavelmente está por vir. Ao afirmar “Estou com raiva”, é provável que esteja se referindo a uma situação em que lhe retiraram algo que lhe é caro, ou a um processo de extinção, no qual comportamentos de sucessos passaram a não funcionar. Ainda que se façam necessárias outras questões e diversas análises, o relato dos sentimentos e emoções pode ser um interessante ponto de partida para investigações.

Quando nos referimos às emoções ou aos eventos internos, estamos falando de eventos encobertos e, portanto, inacessíveis a um observador externo. Vale lembrar, entretanto, que, quer estejamos nos referindo a comportamentos observáveis (abertos) ou não observáveis (encobertos), quando se trata de um processo terapêutico, tudo se resume a uma narrativa, uma construção verbal que o indivíduo elabora sobre a própria história. Nesse sentido, para o terapeuta, no caso de eventos vividos pelo cliente fora do

contexto terapêutico, a questão da acessibilidade não diz respeito ao tipo de comportamento, se aberto ou encoberto. Com exceção daquele que é emitido na presença do terapeuta, o único comportamento ao qual de fato se pode ter acesso é o verbal. É por isso que dizemos que o processo terapêutico é eminentemente verbal. E é por isso também que foi preciso um conhecimento mais amplo dos processos verbais para a construção de uma tecnologia de intervenção terapêutica mais efetiva.

Além de fazer referência a eventos que estão ocorrendo em sua vida, o relato do cliente revela certa concepção de mundo e de si mesmo. O terapeuta o escuta não apenas como quem ouve uma história sobre o que o indivíduo faz fora da sessão. Ele a toma como três histórias: (1) a própria descrição; (2) o posicionamento do cliente perante aquela experiência, que revela um pouco da consciência de si mesmo como sujeito que a vivencia e inclui seus valores e os do grupo com o qual ele interage; e (3) a que diz respeito a uma relação de afeto em andamento ali, entre duas pessoas. Essa última história é, talvez, a mais importante para a construção de uma estratégia terapêutica, até porque é a mais acessível ao terapeuta, pois se dá no “aqui e agora” da sessão.

Mas na terapia nem sempre lidamos com contingências claramente especificadas. Às vezes, é necessário ocupar-se de sentimentos mais difusos, os quais ocorrem em condições que nem mesmo o cliente é capaz de identificar. Imaginemos agora alguém que procura a terapia por causa de um sentimento de desconforto indefinido e generalizado, apesar de “ter tudo” o que deveria querer. Olhemos então para a “primeira história” contida nesse relato: sua vida tem “tudo de bom”, ou seja, a pessoa tem sucesso profissional, uma família estável e harmônica, uma condição financeira confortável, tem amigos de quem gosta bastante e com quem se encontra com regularidade, tem tempo para lazer etc. Aparentemente é tudo o que um “cidadão médio” desejaria, mas o sentimento que acompanha essa condição parece incompatível.

Talvez haja algum evento concreto nas relações desse cliente que “quebre” essa harmonia e a princípio ele não consegue verbalizar. Mas pode ser que esse evento de fato não exista. É possível também que, apesar de ter muitas coisas, o indivíduo não se veja como autor de sua história, não consiga identificar o que fez para ter produzido isso; portanto, tudo parece pouco consistente

e resulta em insatisfação. Essa última hipótese tem sido muito estudada do ponto de vista experimental; hoje se sabe que o acesso a eventos reforçadores independentemente das ações produz comportamentos inconsistentes e sentimentos de inutilidade e desamparo.

Olhemos para uma história em que o cliente se refira a uma vida “que toda pessoa deveria querer”. Essa afirmação expressa o valor de que “para ser feliz” alguém deve viver de determinada forma. Aqui, temos algo que vai além da experiência em si; é a narrativa da própria experiência que carrega certa avaliação dela. Pode ser que tal estilo de vida, de fato, não traga felicidade a essa pessoa e ela viva o conflito de que “deveria ser feliz e não é” e por isso talvez seja ingrata ou exigente demais. Pode ser ainda que se sinta bem com as suas experiências e tenha aprendido que apenas as intensas e memoráveis são importantes – “ficar contente com as pequenas coisas” seja tolice. Tudo isso leva, na terapia, a uma revisão de valores e a mudanças que não se darão, necessariamente, em contingências concretas.

Relação terapêutica

Outro instrumento valioso para terapeutas comportamentais, como já se disse anteriormente, é a própria relação terapêutica. Os criadores da *psicoterapia analítica funcional* (FAP, na sigla em inglês), Robert Kohlenberg e Mavis Tsai, da Universidade de Washington, contribuíram fortemente para que a terapia comportamental incluísse na sua prática a relação terapêutica como instrumento de avaliação e mudança.

Para profissionais de qualquer abordagem a qualidade da relação terapêutica é extremamente importante para um bom trabalho, é um forte preditor do sucesso da terapia. Além disso, interpretações, análises e sugestões do terapeuta parecem ser mais bem recebidas à medida em que se desenvolve uma relação satisfatória com o cliente. Também as técnicas, especialmente as que trazem algum grau de desconforto, tendem a receber melhor adesão se houver uma boa relação terapêutica.

A utilização da própria relação como instrumento de mudança comportamental é algo relativamente novo para terapeutas dessa área. Aquilo que ocorre no vínculo entre o cliente e seu terapeuta pode ser uma rica amostra do que acontece em sua

vida. Dados da relação terapêutica também são indicativos de melhoras na vida do cliente. Uma pessoa que foge de compromissos, sejam profissionais, sejam amorosos, pode tornar-se, ao longo da terapia, a mais pontual em relação aos horários da sessão e ao dia do pagamento, bem como passar a trazer de forma mais constante as informações solicitadas pelo terapeuta. Talvez se mostre, também, mais próxima do profissional.

Diversos elementos são passíveis de servir de material para análise da relação terapêutica e, claro, do comportamento do cliente. É papel do profissional atentar para eles. Alguns episódios e situações que ocorrem ao longo do processo trazem dados bastante ricos para o trabalho. Por exemplo: como o indivíduo se comporta quando o terapeuta encerra a sessão? Merecem atenção os casos nos quais o cliente estende seu relato, ultrapassando o limite de horário combinado com o terapeuta ou traz as informações mais importantes justamente quando o profissional anuncia a hora de encerrar a sessão. Outras oportunidades de observação ocorrem quando o terapeuta anuncia que vai tirar férias, ou em relação ao pagamento dos honorários. Como o cliente se relaciona com os valores de sessão, com a negociação e com a pontualidade nas datas de pagamento?

É papel do terapeuta discernir os tipos de comportamentos que aparecem na sessão e talvez não sejam amostras das formas de o cliente se relacionar. Isso porque a relação terapêutica é bastante especial – ela guarda características peculiares, muitas vezes diferentes do mundo lá fora. Cabe ao profissional indicar o que vem observando e procurar alternativas para que, fora do consultório, o cliente possa apresentar atitudes parecidas com as que surgem na sessão e lhe trarão benefícios importantes.

Técnicas e procedimentos

Para produzir as mudanças comportamentais desejáveis, o terapeuta analítico-comportamental pode utilizar técnicas específicas, manipulando diretamente contingências do ambiente de vida, ou atuar de forma indireta por meio de terapia verbal, levando o cliente a identificar e alterar essas contingências.

Tratam-se de intervenções sistemáticas (derivadas de pesquisas) que visam mudanças no ambiente imediato do cliente, na forma de alterações de eventos que antecedem o

comportamento-alvo de tratamento e/ou das consequências deste. Exemplos bastante conhecidos de técnicas são reforçamento diferencial, sistemas de pontos, *time out*, extinção social ou sensorial, programas de treino assertivo e de habilidades específicas, Desensibilização sistemática, exposição com prevenção de respostas e contrato de contingências. As técnicas têm a vantagem de operacionalizar procedimentos que já se demonstraram eficazes, gerando resultados concretos para o tratamento de problemas específicos. Embora a descrição dessas técnicas seja sistematizada na literatura, frequentemente elas são utilizadas como fonte de sugestões e aplicadas de maneira assistemática.

O uso delas não é uma característica necessária em todos os processos terapêuticos. Cabe ao profissional planejar a terapia de acordo com objetivos e queixas do cliente, e, caso a análise não aponte para uma técnica específica, o processo terapêutico poderá ocorrer sem a aplicação formal de uma delas. Isso vale até mesmo para transtornos psiquiátricos. Há técnicas específicas para o tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo, depressão, fobias, pânico etc., entretanto, uma terapia pode ser conduzida para um deles sem a utilização de nenhuma uma dessas técnicas, se assim a análise o indicar. Neste texto, não nos centraremos em descrever minuciosamente quais são e como se aplicam as diversas técnicas disponíveis; nossa preocupação é apresentar os contextos propícios e perigosos da aplicação delas.

Hoje se reconhece que a simples aplicação de técnicas sem o desenvolvimento de uma análise funcional cuidadosa e o mais completa possível não só tende a ser ineficaz, mas um desserviço ao caso atendido. Utilizemos o exemplo de um jovem que sofre com ataques de pânico: crises de ansiedade frequentes, que envolvem taquicardia, sudorese, tremores, enjoos e sensação de morte iminente. Há diversas técnicas que poderiam ser aplicadas a esse conjunto de respostas, tais como exercícios de relaxamento, de respiração ou até procedimentos de enfrentamento. Porém, caso a análise funcional indique que a função das crises é evitar lidar com as dificuldades encontradas no trabalho e estudo, talvez essas técnicas não surtam efeito. A utilização delas traria algum benefício no que diz respeito às reações fisiológicas da ansiedade,

no entanto as condições do ambiente, determinantes do problema, não seriam manejadas.

Se as condições ambientais e as possíveis funções do comportamento não forem consideradas, pode ocorrer o que os médicos chamam de “substituição de sintomas”: as crises de ansiedade chegam a ser controladas, mas, em médio prazo, aparece uma queixa de comportamentos depressivos, por exemplo. No caso desse cliente com pânico, a eficácia do tratamento provavelmente adviria da associação de estratégias (técnicas) centradas na ansiedade e uma intervenção nas habilidades sociais e acadêmico-escolares. Apenas dessa maneira, as condições que de fato participam do problema seriam contempladas.

A aplicação de qualquer procedimento deve, em primeiro lugar, ser precedida de uma análise funcional. Caso as funções identificadas sejam similares às embutidas na concepção de uma técnica ou de um tratamento padronizado, podemos optar por sua utilização (a vantagem de tal escolha está no tempo mais reduzido de terapia); se elas não forem parecidas com as trabalhadas por meio das técnicas, o tratamento deverá ser delineado de forma individualizada, levando em conta a complexa rede de relações funcionais envolvida nos comportamentos do cliente.

As decisões terapêuticas devem ser tomadas com base também naquilo que se observa: há melhoras visíveis no comportamento e na qualidade de vida em geral? O problema não foi substituído por outro? A relação custo-benefício tem sido positiva? É papel do terapeuta, portanto, redirecionar o planejamento das propostas terapêuticas à medida que note a pouca efetividade destas.

Para manejar uma técnica é fundamental que o terapeuta conheça bem sua fundamentação conceitual a fim de reconhecer o melhor momento de aplicá-la e os benefícios que ela trará ao cliente. Cabe a ele também identificar os casos nos quais a aplicação sistemática das técnicas trará pouco benefício. Por exemplo, o tratamento dos casos de ansiedade é, muitas vezes, bem-sucedido sem que uma técnica específica seja aplicada de forma sistemática. Para alguns indivíduos, no entanto, após uma análise criteriosa, é possível que o terapeuta comportamental considere necessária a utilização da *exposição com prevenção de respostas*. Trata-se de um procedimento no qual o cliente é exposto

gradual e sistematicamente às situações ansiogênicas, procurando evitar os comportamentos usuais de esquiva. O princípio que norteia essa técnica é a habituação. Sabemos, por meio de inúmeros estudos, que, se a pessoa se mantiver (sem nenhum tipo de comportamento de evitação) na presença de um estímulo que traz medo ou desconforto, há a tendência de seu organismo se habituar à presença dele até um momento em que não lhe trará mais incômodo.

O objetivo da exposição com prevenção de respostas é propor o contato muito gradual e sistemático com o estímulo que provoca desconforto, evitando ao máximo que o cliente lance mão de suas atitudes habituais de fuga e esquiva: correr, deixar de sair de casa, entre outras. Isso deve ser feito por um profissional bem treinado e que acolha intensamente a pessoa durante todo o processo. A estratégia envolve certo desconforto, e é tarefa do profissional minimizá-lo ao máximo, fornecendo segurança. Além disso, cada passo da técnica deve ser combinado prévia e cuidadosamente com o cliente.

O terapeuta começa o trabalho fazendo uma lista de situações das quais o cliente costuma fugir. É desenvolvida a chamada “hierarquia de ansiedade”, na qual são arroladas as tarefas – da mais simples para as mais complexas – de enfrentamento. A lista poderia começar com um item aparentemente simples, mas capaz de produzir algum grau de desconforto, como a fotografia de um cão (em um caso de fobia de cães). A ideia seria fazer o cliente permanecer diante desse estímulo (foto) tempo suficiente para que as respostas fisiológicas da ansiedade pudessem entrar aos poucos em declínio (habituação). Quando o cliente deixar de apresentar as respostas autonômicas desconfortáveis e relatar maior tranquilidade, é o momento de introduzir o próximo passo. As etapas para esse tipo de trabalho poderiam ser: permanecer na mesma sala com um cachorrinho recém-nascido no colo do terapeuta; ficar com ele no chão, conservar-se na calçada oposta à que se encontra um cachorro preso, e assim por diante, até atingir a capacidade de suportar um cachorro solto por perto. É importante ter em mente que técnicas como essas são utilizadas como parte de um amplo processo terapêutico.

O terapeuta, em sua prática, deve buscar a mudança de comportamentos. Certamente, não para eliminá-los ou adicionar outros, mais “adequados”, mas para desenvolver formas saudáveis de viver. O conhecimento das técnicas é bastante útil e faz parte da formação profissional nessa linha de atuação. Quando bem utilizadas, elas colaboram muito para a mudança de alguns comportamentos e, conseqüentemente, para a melhor qualidade de vida. Por isso devem ser aplicadas por profissionais que tenham sólida base teórica e metodológica. Só dessa maneira serão realizadas com segurança e o indivíduo será considerado em sua totalidade.

Terapeuta analítico-comportamental

Em última análise, o papel do terapeuta será sempre contribuir para a promoção da qualidade de vida e da autonomia do cliente. Para isso, o bom profissional deve conhecer as bases teóricas da sua abordagem, de forma a construir sólidas análises sobre o comportamento de quem o procura. Ele precisa conhecer as técnicas, os procedimentos e todo o arsenal disponível para intervir de forma competente no caso. E deve, sobretudo, apresentar habilidades pessoais e uma postura ética que possibilitem uma relação terapêutica saudável e construtiva.

É válido lembrar que como área do conhecimento a psicologia apresenta pouco mais de 120 anos. Já a terapia analítico-comportamental é bem mais jovem. O behaviorismo radical, filosofia na qual essa abordagem é baseada, tem início na década de 40. Embora toda a história da terapia comportamental contribua para o que se faz hoje, é justo salientar que foi apenas em meados dos anos 80 que a prática profissional passou a apresentar-se de forma próxima ao que chamamos hoje de terapia analítico-comportamental.

A abordagem vem se desenvolvendo a passos largos, graças à preocupação constante de pesquisadores, clínicos, supervisores e professores em submeter o conhecimento a provas, a estudos detalhados e ao debate dentro e fora da comunidade. Do mesmo modo que, no decorrer do tempo, tantas mudanças aconteceram, apostamos que muitas outras estão por vir. Por certo todos sairão ganhando, especialmente os indivíduos que procuram na terapia

analítico-comportamental uma ajuda para construir uma vida mais plena e saudável.

PARA CONHECER MAIS

- B. F. Skinner, B.F. (1974). *Ciência e comportamento humano (1953)*. Edart: São Paulo.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: the philosophy and the science*. Authors Cooperative, Inc., Publishers: Fulton (CA).
- Follette, W.C.; Naugle, A. E.; Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, vol. 27, págs. 623-641.
- Follette, W.C.; Naugle, A. E.; Linnerooth, P. J. N. (2000). *Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis*. In Dougher, R.M.J. (ed.): *Clinical Behavior Analysis*, Context Press: Oakland (CA), págs. 99-125.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In Jacobson, N.S. (org): *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. Guilford Press, págs. 327-387, 1987.
- Kohlenberg, R.J.; Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional*. ESETEc: Santo André (SP).
- Meyer, S.B.; Del Prette, G.; Zamignani, D. R.; Banaco, R. A.; Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. In Tourinho, E.Z.; de Luna, S.V. (orgs). *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas*. Roca: São Paulo.
- Meyer, S. B. (1995). *Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental?* [online] Disponível em <http://www.inpaonline.com.br/requisitos-terapia-considerada-comportamental/> - recuperado em 05/08/2015.
- Meyer, S. B. (2004). Processos comportamentais na psicoterapia. In de Cillo, E.N. (org.): *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*. ESETEc, vol. 1, págs. 151-157.
- Nabuco de Abreu, C.; Guilhardi, H.J. (orgs.) (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. Roca: São Paulo.
- Pérez-Álvarez, M. P. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Plaud, J.J.; Eifert, G. H. (eds.) (1998). *From behavior theory to behavior therapy*. Allyn and Bacon: Boston.
- Skinner, B.F. (1982). *Sobre o behaviorismo (1974)*. Cultrix/Edusp: São

Paulo.

- Sturmey, P. S. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. John Willey & Sons: Hoboken, New Jersey.
- Tourinho, E.Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. Núcleo Paradigma: São Paulo.
- Zamignani, D. R.; Pacheco, A.C.; Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-16.
- Zamignani, D.R.; Kovac, R.; Vermes, J.S. (2007). *A clínica de portas abertas: Experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório*. Núcleo Paradigma/ESETec: São Paulo.