

## A assertividade do terapeuta na relação com o cliente

Por: Pedro Gouvêa

O material disponível na literatura clínica envolvendo o campo das habilidades sociais é vasto (Caballo, 2003, Del Prette & Del Prette, 2005, 2008, 2010), sendo a assertividade o foco principal de inúmeros trabalhos. Trabalhos de natureza histórica, conceitual e sobre o desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao contexto clínico são comumente utilizados por terapeutas comportamentais para compreender o fenômeno designado como assertividade e para a aplicação das estratégias de intervenção derivadas de tais trabalhos. Está bem documentado que, um número significativo de clientes, possui déficit em habilidades sociais e, especificamente, em repertórios assertivos (Caballo, 2003, Del Prette & Del Prette, 2008, 2010). Entretanto, qual a importância do desenvolvimento deste repertório para o terapeuta? Quais as implicações para a prática clínica de um terapeuta não assertivo? Que padrões comportamentais caracterizariam um terapeuta assertivo?

Para responder a estas questões de maneira apropriada, vamos caracterizar brevemente o fenômeno. De acordo com formulações tradicionais, o comportamento assertivo implica na afirmação dos próprios direitos e a expressão adequada de pensamentos e sentimentos em um contexto interpessoal. Tal comportamento implica, ainda, uma “consideração” e não violação dos direitos do outro e opõe-se, de certa forma, aos padrões classificados como passivo ou agressivo. A literatura sobre o comportamento assertivo aponta inúmeros comportamentos específicos que são classificados como assertivos, tais como, expressar honestamente sentimentos negativos, atingir objetivos em uma relação interpessoal, preservando-a, valorizar-se sem ferir o outro, criticar sem humilhar, tomar iniciativas, dizer “não”, etc. (Del Prette, Del Prette, 2010, Guilhardi, 2012).

É possível notar, nesta breve caracterização da assertividade, que a ênfase é dada inteiramente a topografia do responder assertivo, o que marca praticamente toda a literatura da área. Entretanto, a Análise do Comportamento propõe uma caracterização funcional do fenômeno. De modo resumido, o comportamento assertivo seria aquele que *aumenta* a probabilidade de obtenção de reforço positivo e *diminui* a probabilidade da produção de estímulos aversivos e/ou da perda de reforçadores em um contexto de interação social por meio da expressão de sentimentos e pensamentos (Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010). Fica claro, deste modo, a operacionalização do que é comumente denominado assertividade com a especificação dos antecedentes (contextos de interação social), da resposta (expressão de sentimentos e pensamentos) e das consequências (probabilidade aumentada de produção de reforçadores positivos e probabilidade diminuída de produção de estimulação aversiva e/ou perda de reforçadores).

Com efeito, as consequências produzidas pelos comportamentos tidos como assertivos envolvem, predominantemente, a aprovação social, embora possam produzir consequências reforçadoras de outra natureza (Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010). O caráter predominantemente social das consequências produzidas por comportamentos

assertivos também foi ressaltado por Bolsoni-Silva e Carrara (2010), sugerindo que “assertividade” ou “habilidades sociais” são apenas adjetivos para determinadas classes operantes conseqüenciadas por uma comunidade verbal específica. Fazer um pedido, por exemplo, pode ser conseqüenciado com o atendimento do pedido (reforço) – funcionalmente tal comportamento seria considerado assertivo, independentemente de sua topografia – ou com a recusa em atendê-lo (punição) – funcionalmente tal comportamento seria considerado não assertivo, independentemente de sua topografia. Guilhardi (2012, p. 2) destaca, ainda, que “os sentimentos produzidos pelas contingências de reforçamento que controlam comportamentos assertivos são de bem-estar, autoconfiança, responsabilidade consigo mesmo e com o outro e tolerância a frustração”.

Uma vez que boa parte da literatura clínica comportamental enfatiza a importância do desenvolvimento de repertórios assertivos em clientes que apresentam dificuldades interpessoais diversas, não é difícil supor que o terapeuta também deveria dispor de um repertório assertivo bem desenvolvido para que possa alcançar bons resultados terapêuticos. Mais do que isso, pode-se considerar que o terapeuta *deve*, ele mesmo, empenhar-se em desenvolver comportamentos assertivos tanto fora quanto dentro do *setting* terapêutico. Ou seja, mesmo em ambientes não profissionais, como nas suas relações com parentes, amigos, colegas, parceiros românticos, etc., o terapeuta deve buscar comportar-se de forma assertiva, uma vez que, em última análise, a sua principal ferramenta de trabalho é o seu próprio comportamento.

Presume-se que, através do esforço do terapeuta em agir assertivamente em múltiplos contextos de sua vida, tal padrão tende a se tornar mais provável de generalizar-se e, gradativamente, tornar-se mais natural e frequente, facilitando o seu trabalho clínico. Assim, do ponto de vista funcional, pode-se supor que o terapeuta assertivo tenderia a produzir mais reforçadores positivos para si na sua atuação clínica (e.g., ser considerado competente e sentir-se mais satisfeito com seu trabalho), diminuiria a probabilidade de perder reforçadores (e.g., abandono de um cliente) e diminuiria a probabilidade de punição (e.g., ser criticado).

Do ponto de vista topográfico, um terapeuta assertivo tenderia a emitir respostas de maior contato visual com o cliente, um tom de voz audível, verbalizações de maior duração, expressões faciais mais variadas e assim por diante (Rich & Schroeder, 1976 citados por Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010). Se comportando desta forma, o terapeuta, além de servir como um modelo de assertividade para o cliente, aumentaria a probabilidade de construir um vínculo terapêutico mais apropriado e, conseqüentemente, obter melhores resultados terapêuticos.

Em um estudo realizado por Tozze, Bolsoni-Silva, Garcia e Nunes (2015), foi encontrado que padrões de comportamento do terapeuta emitidos nas sessões iniciais de atendimento descritos como “facilitação” e “solicitação de relato” são os mais frequentes e estão amplamente relacionados com o sucesso da terapia e com o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico. Por outro lado, padrões de comportamento do cliente descritos como “relato” e “concordância” foram os mais frequentes nas sessões iniciais. Estas quatro categorias de comportamento estão, em maior ou menor grau, correlacionadas e, cabe ao terapeuta, identificar, desenvolver e

executar em sua prática clínica as topografias comportamentais nomeadas de “facilitação” e “solicitação de relato” de forma compatível com o que é nomeado de “assertividade”. Isto aumentaria a probabilidade de produzir as consequências desejadas para a terapia que também se enquadram dentro do conceito de assertividade definido funcionalmente.

Nesta mesma linha, Silveira (2009) citada por Bolsoni-Silva e Carrara (2010), identificou, por meio de filmagem, que, quanto mais o terapeuta concorda com o cliente e faz interpretações das contingências em operação, mais ele (o cliente) é capaz de descrevê-las e relatar melhoras. Isso sugere outras classes de respostas que o terapeuta deve buscar desenvolver e executar dentro dos parâmetros enquadrados como “assertividade”, quais sejam: concordância e interpretação do relato do cliente em termos funcionais.

Um terapeuta não assertivo, por outro lado, tende a emitir respostas topográficas como não manter contato visual por muito tempo, utilizar um tom de voz hesitante, falar de maneira pouco clara – passivo – ou falar muito alto, interromper excessivamente o cliente, criticá-lo – agressivo – (Hull & Schroeder citados por Marchezini-Cunha & Tourinho, 2010), tendendo a produzir, assim, perda de reforçadores (e.g., abandono da terapia), ou punição (e.g., críticas e/ou desaprovação). Por exemplo, um terapeuta passivo, ao ceder às solicitações frequentes de mudança de horário de um cliente (topografia), pode comprometer a sua agenda, deixando de atender outros clientes e reforçando o comportamento inadequado de solicitar mudanças excessivas de horário deste cliente (função/consequência aversiva).

Para finalizar, é fundamental que o terapeuta busque desenvolver estes repertórios através da sua própria terapia pessoal e de supervisão clínica (Otero, 2004) A supervisão constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de habilidades importantes para a prática clínica, troca de experiências profissionais, além de proporcionar feedback de um terapeuta mais experiente. A terapia pessoal, segundo Otero (2004), permite que o terapeuta aprimore o seu papel profissional através da vivência de diversas situações de aprendizagem enquanto cliente. Certamente, esta vivência enquanto cliente, irá ampliar e refinar inúmeros repertórios necessários ao terapeuta para uma prática clínica mais eficaz e mais empática, integrando o conhecimento teórico aprendido em espaços acadêmicos a experiência concreta de “viver o outro lado da moeda”.

## **Referências:**

Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista*, vol. 16 (2), pp. 330-350.

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2008). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2010). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, educação e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Guilhardi, H. J. (2012). *Assertividade-inassertividade em um referencial comportamental*. Retirado no dia 06/01/2017, do site <http://www.itrcampinas.com.br/txt/assertividade.pdf>

Marchezini-Cunha, V., & Tourinho, E. Z. (2010). *Assertividade e autocontrole: Interpretação analítico-comportamental*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 26 (2), pp. 295-304.

Otero, V. R. L. (2004). *Ser cliente nos ensina a ser terapeuta?* Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. L. M. da Silva & S. M. Oliani (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, vol. 13. *Contingências e Metacontingências: Contextos Socioverbais e o Comportamento do Terapeuta*, pp. 441-445. Santo André: ESETec.

Tozze, K. F., Bolsoni-Silva, A. T., Garcia, V. A., & Nunes, P. L. (2015). *Análise da interação terapeuta-cliente em sessões iniciais de atendimento*. *Revista Perspectivas*, vol. 06 (1), pp. 24-39.