

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E RELAÇÃO TERAPÊUTICA

O relacionamento terapêutico entre o cliente e seu terapeuta ao longo do tratamento foi, por muitos anos, relegado à segundo plano pelas linhas teóricas em psicologia, especialmente pela abordagem comportamental. Entretanto, a partir da década de 70, esse panorama começou a mudar através de Ferster (1972), um autor de base analítico-comportamental que começou a voltar as suas atenções para esta variável como sendo um importante instrumento de mudança.

Isso decorreu da observação do fato de que a maioria dos clientes que buscavam terapia tinham alguma(s) dificuldade(s) marcadas de relacionamento interpessoal. Desta forma, os clínicos (dentre eles os de orientação comportamental) começaram a perceber a importância de se trabalhar estas dificuldades interpessoais na própria interação terapêutica, de modo que, construir um bom relacionamento com o cliente deixou de ser apenas um meio para que este siga as orientações, faça os exercícios pedidos, etc., e passou a ser vista como a variável clínica principal e bastante rica para ser trabalhada.

Skinner (1953/1978) apud Borges e Cassas (2012), já apontava a importância da relação terapêutica como um pré-requisito para o progresso dizendo que, se o terapeuta souber demonstrar (através do seu comportamento verbal e não verbal) que será capaz de ajudar o cliente a “tirá-lo” daquele sofrimento, então uma relação reforçadora será estabelecida entre a díade. O autor afirma ainda que a primeira tarefa do terapeuta é conseguir tempo, criar meios do contato ter continuidade e, assim, ser capaz de assumir uma função reforçadora para o cliente.

Um dos mecanismos interpessoais que o terapeuta deve lançar mão em sua relação com o cliente envolve a escuta não punitiva, ou seja, uma escuta livre de preconceitos e julgamentos que permita a livre expressão do cliente sem censurá-lo. Isso, por si só, já produz uma redução do sofrimento do cliente e cria um ambiente acolhedor, seguro e confortável para o mesmo. Entretanto, o terapeuta não deve deixar de investir na coleta de dados e informações relevantes do cliente para que possa, assim, identificar e compreender as variáveis que atuam sobre o comportamento-queixa do cliente. Seguindo essa linha de pensamento, a escuta não punitiva do terapeuta funciona como um SD para respostas de se abrir e falar sobre temas importantes com o terapeuta e também como um EC que elicia respondentes agradáveis como conforto, confiança, tranquilidade, etc. Sendo assim, o terapeuta está em melhores condições de colher os dados de forma mais precisa e detalhada, aumentando a probabilidade do mesmo realizar uma análise funcional correta e selecionar os procedimentos mais adequados ao problema em questão.

Antes de prosseguirmos, é pertinente que possamos formar uma noção clara do que vem a ser relação terapêutica na perspectiva analítico-comportamental. De acordo com Baum (1994/1999) apud De-Farias (2010), o termo “relação terapêutica” refere-se a um conjunto de interações regulares entre a díade terapeuta-cliente, mutuamente reforçadas (ou seja, o comportamento de

uma das partes altera a probabilidade de ação da outra) e que envolve um caráter de ajuda. Conforme Kohlenberg e Tsai (1991/2001), Skinner (1953/1994) apud De-farias (2010, p. 69), “...o terapeuta, dotado de conhecimentos e habilidades técnicas, procura criar condições para que o cliente consiga ultrapassar os obstáculos que vem enfrentando”.

Uma relação terapêutica se dá quando as características peculiares do terapeuta e do cliente interagem em um contexto clínico programado. É a partir da análise da interação entre terapeuta e cliente que se pode entender a função dos comportamentos diante das contingências que governam a terapia e que operam ao longo da história comportamental dos dois (Velasco e Cirino, 2002 apud De-farias, 2010).

Segundo estes autores, há uma diferença entre relação terapêutica e processo terapêutico. A primeira pode ser considerada como uma das variáveis que compõe o segundo e é modificada constantemente devido às peculiaridades, à história passada da díade e o surgimento de novas contingências na interação atual entre estes. Os referidos autores complementam enfatizando que a qualidade da relação terapêutica estabelecida entre a díade determinará a qualidade das análises do terapeuta e a eficácia do processo para ambos (Kohlenberg e Tsai, 1991/2001; Velasco e Cirino, 2002 apud De-farias, 2010).

Ferster (1972), citado anteriormente como um dos primeiros autores comportamentais a voltar sua atenção para o vínculo terapêutico, foi o responsável por tornar a relação terapêutica uma variável de análise entre os clínicos analítico-comportamentais ao afirmar que a ocorrência de generalização de comportamentos operantes e respondentes tende a ocorrer no contexto de interação clínica. Segundo o mesmo, comportamentos-alvo originados fora da terapia tenderiam a ocorrer na relação do cliente com o terapeuta, de modo que o terapeuta poderia fazer uso das suas próprias reações a estes comportamentos-alvo como uma ferramenta de intervenção, por exemplo, para sinalizar e modelar novos repertórios.

No contexto filosófico do Behaviorismo Radical, o homem passa a ser parte daquilo que observa, ou seja, o foco de análise do terapeuta fundamentado nesta abordagem volta-se tanto para o comportamento do cliente quanto para o seu próprio comportamento. Velasco e Cirino (2002) apud De-Farias (2010, p.71), destacam que a importância da análise dos comportamentos do terapeuta e do cliente se dá “...devido ao fato de os comportamentos abertos e encobertos de ambos ocorrerem em função das respectivas histórias comportamentais, além de estarem sob controle de diversas variáveis que emergem durante a sessão”.

Em um processo terapêutico, os encontros iniciais se mostram extremamente relevantes para a formação de um sólido vínculo terapêutico. Isso porque, tanto o terapeuta quanto o cliente, formam as suas primeiras impressões um do outro nestes encontros e estas primeiras impressões podem ser decisivas para a eficácia e mesmo para a continuidade da terapia. O ditado popular “a primeira impressão é a que fica” parece corresponder ao que frequentemente ocorre em termos

de eficácia, adesão e abandono da terapia e por isso a importância do terapeuta em ficar atento ao que acontece neste momento inicial do processo.

Conforme Borges e Cassas (2012), em geral, na primeira sessão, o terapeuta deve se mostrar disponível para responder às dúvidas do cliente quanto à sua formação, orientação teórica e até mesmo sobre suas características pessoais tais como se tem filhos, se é casado, e assim por diante. Segundo os autores, “a primeira sessão é especial no sentido de que o clínico precisa consequenciar adequadamente respostas do cliente que o surpreendem” (p. 114). Por exemplo, perguntas sobre a vida pessoal do terapeuta feitas pelo cliente devem ser cuidadosamente respondidas, entretanto de maneira honesta e natural, favorecendo uma relação genuína de troca.

Estudos indicam que o modo como o cliente percebe o profissional é preditor de sua adesão ao tratamento, ou seja, apresenta correlação com o cumprimento de tarefas da terapia, sugerindo novamente que o terapeuta deve estar atento ao tipo de impressão que causa no cliente desde o primeiro encontro. Variáveis desta natureza que devem ser alvo de atenção do terapeuta incluem: sua apresentação pessoal, sua postura, seus gestos e o modo como interage com o cliente, que devem expressar segurança, disponibilidade afetiva, cordialidade, atenção e competência (Borges; Cassas, 2012).

Para que o terapeuta consiga estabelecer uma relação terapêutica de qualidade com seu cliente, é fundamental que ele tenha alguns objetivos-chave para as primeiras sessões tais como: acolher, promover confiança na sua própria pessoa, expressar esperança quanto a possibilidades de mudança e obter dados relevantes acerca do grau de sofrimento do cliente e às suas expectativas em relação ao tratamento. Tudo isso constitui o que Gongora (1995) apud Borges e Cassas (2012) chamou de entrevista clínica inicial. Tal entrevista tem como foco a escuta livre da queixa principal e dados relacionados à ela como também das expectativas do cliente sobre a terapia. É importante também que, nesta entrevista, o terapeuta avalie a necessidade de agendar uma entrevista com pessoas significativas ligadas ao cliente para efeito de uma formulação clínica mais abrangente do caso.

Esta formulação clínica deve diferenciar a “queixa clínica” do “problema clínico”. Por exemplo, um cliente pode buscar terapia queixando-se de solidão, entretanto, o problema clínico de interesse que deve ser efetivamente trabalhado são os comportamentos específicos do cliente que produzem contingências aversivas e que mantêm um estado interno aversivo que este chama de solidão.

É importante enfatizar que, ao lidar com um cliente no início do processo terapêutico, o terapeuta deve estar sempre atento aos efeitos que o seu comportamento (verbal e não verbal) exerce sobre o processo de mudança do cliente, assim como estar atento também às variáveis pessoais suas e de seu cliente que certamente também afetam a construção de um bom vínculo. Podemos citar como exemplo destas variáveis, a idade do terapeuta (de que maneira a idade de um terapeuta muito jovem poderia afetar a relação terapêutica quando este lida com um cliente

mais idoso?), a expressão de empatia por parte do terapeuta (de que maneira o comportamento empático do terapeuta afeta o do cliente dentro e fora da sessão?), dentre outras.

Essa “preocupação” do terapeuta com estas questões é fundamental na medida em que proporciona ferramentas para uma análise funcional da relação terapeuta-cliente e permite ao primeiro verificar até que ponto seus comportamentos e intervenções influenciam o cliente, dentro e fora da sessão.

A análise comportamental da relação terapêutica identifica algumas funções específicas que esta pode assumir durante o processo de análise. Uma primeira função seria o terapeuta (mais precisamente seus comportamentos) funcionar como um estímulo reforçador para determinadas respostas do cliente, como, por exemplo, o olhar atento e o tom de voz acolhedor do terapeuta aumentam a probabilidade do cliente sentir-se confortável em sua presença e relatar eventos importantes da sua história de vida. Outra função que o terapeuta (seus comportamentos) podem assumir é a de estímulo condicionado para eliciação de respondentes agradáveis, como, por exemplo, a simples visão do terapeuta pode eliciar sensações de conforto e bem-estar. Uma terceira função é o comportamento do terapeuta funcionar como estímulo discriminativo para a emissão de respostas que se deseja obter do cliente. Por exemplo, ao questionar “como anda o seu relacionamento com o seu pai?”, o terapeuta sinaliza ao cliente que, ao descrever a relação com o pai, este será reforçado (Borges; Cassas, 2012).

Retomando Ferster, a vantagem de se analisar funcionalmente a relação terapeuta-cliente é relevante por viabilizar as seguintes situações: em primeiro lugar coloca em termos objetivos a experiência clínica e refina suas práticas, tornando visível e cientificamente comunicável cada pequeno componente da interação. Segundo este autor, o terapeuta atuaria de modo similar ao pesquisador no laboratório, facilitando a ocorrência de um comportamento do cliente que precisará ser mantido no seu ambiente natural, entretanto sem ser mediado pelas consequências oferecidas pelo terapeuta.

Ferster acrescenta ainda que o contexto da sessão, provavelmente mais seguro e protegido do que outros nos quais o cliente vive, modelaria novos comportamentos que, por sua vez, modificariam a interação do cliente com outras pessoas em seu contexto natural. O autor reforça que “um dos objetivos do processo terapêutico seria facilitar ao cliente o relato de seus comportamentos encobertos, criando condições para que ele atente para aspectos antes desconhecidos e passe a identificar seus prováveis antecedentes funcionais” (p.163).

As constantes análises funcionais feitas pelo terapeuta da própria interação entre ele e seu cliente no momento em que ocorrem, tendem a exercer um efeito no sentido do cliente passar a compreender o seu “modo de ser” funcionalmente, facilitando a identificação de alternativas para o seu comportamento fora do consultório. O objetivo final deste processo é que o cliente possa ser capaz (por si mesmo) de aumentar a frequência e intensidade de reforçadores positivos em sua vida e diminuir as contingências de controle aversivo.

Para finalizar, gostaria de abordar brevemente uma forma de intervenção clínica baseada dos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical: a Terapia analítico-funcional, desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1997, 1991/2001), mais conhecida como FAP (suas iniciais em inglês). A FAP é uma abordagem analítico-comportamental recente e que vem ganhando bastante espaço entre os clínicos comportamentais trazendo como principal contribuição uma análise focal sobre a relação terapêutica.

O princípio norteador da FAP que direciona o olhar do terapeuta que atua dentro desta modalidade volta-se para os comportamentos-alvo que ocorrem, já ocorreram ou possam vir a ocorrer na sessão (evocados ou não pelo terapeuta). Esses comportamentos-alvo são denominados de "comportamentos clinicamente relevantes" pela FAP, ou, como são mais conhecidos CRBs (sua sigla em inglês). Os CRBs são divididos em três tipos: CRB1, que são todas as ocorrências do comportamento-problema ou classes equivalentes desse comportamento na sessão e que estão relacionados à queixa principal trazida pelo cliente. Tais comportamentos devem ter sua frequência reduzida em um processo clínico bem sucedido. CRB2, que são os comportamentos ou classes de comportamentos que indicam mudança na direção desejada. Estes devem ser modelados e reforçados diferencialmente pelo terapeuta, devendo ser reforçados posteriormente no ambiente natural do cliente. Borges e Cassas (2012) trazem um exemplo de um cliente muito tímido e inassertivo (CRB1) que, em um dado momento, consegue pedir ao terapeuta que mude seu horário habitual para a próxima semana ou expressa desagrado ou discordância (CRB2), o que sinaliza uma mudança no repertório habitual. Tais respostas precisam ser naturalmente reforçadas. No caso da solicitação de mudança de horário, com o atendimento da solicitação, e, no caso do desagrado ou discordância, pelo reconhecimento de um erro cometido e pelo pedido genuíno de desculpas do terapeuta. Finalmente, os CRB3 são explicações funcionalmente mais precisas do cliente sobre o seu próprio comportamento e sinalizam o fortalecimento do repertório de auto-observação e autoconhecimento do cliente, devendo tais comportamentos também serem reforçados pelo terapeuta.

Terapeutas treinados em FAP aprendem a agir sob controle de cinco regras básicas: 1. Atentar para a ocorrência de CRBs; 2. Evocar CRBs, o que exige certa ousadia e coragem por parte do terapeuta; 3. Reforçar naturalmente, de modo empático e genuíno os CRB2; 4. Observar os efeitos potencialmente reforçadores do próprio comportamento sobre o do cliente; e 5. Fornecer ao cliente informações analisadas funcionalmente, promovendo estratégias de generalização.

É evidente que o tema "relação terapêutica" é extremamente amplo e dá margem a infindáveis possibilidades de discussão. Tentou-se aqui introduzir a relevância do tema atualmente para aqueles que atuam ou pretendem atuar dentro de uma abordagem analítico-comportamental. Enfatizamos que, com o dinamismo e velocidade das pesquisas científicas em psicologia e psicoterapia, é fundamental que o terapeuta busque constante atualização e aprimoramento profissional (seja através de cursos, palestras, congressos, etc.) para que possa gradualmente ir se construindo como um terapeuta verdadeiramente qualificado para a prática clínica.

