

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/321309843>

O trabalho de Acompanhante Terapêutico: A prática de um Analista do Comportamento

Article · January 1997

CITATIONS

3

READS

214

1 author:



Denis Roberto Zamignani

Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

46 PUBLICATIONS 785 CITATIONS

SEE PROFILE

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



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



A Clínica de Portas Abertas [View project](#)

O TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: A PRÁTICA DE UM ANALISTA DO COMPORTAMENTO

DENIS ROBERTO ZAMIGNANI

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - PROTOC - IPqHC

RESUMO

Este artigo procura soluções baseadas no behaviorismo radical de Skinner para questões ligadas tanto à prática da terapia comportamental quanto ao trabalho gradativamente mais utilizado de acompanhamento terapêutico. Além de levantar estas questões, busca, através da análise de um caso atendido, as respostas a elas. Procedimentos tais como aproximação sucessiva, reforçamento diferencial, audiência não punitiva, são descritos e têm seus resultados analisados. Visa também o levantamento de novas questões acerca da dicotomia gabinete x ambiente natural para a aplicação da terapia comportamental.

PALAVRAS-CHAVE: Acompanhamento terapêutico; análise do comportamento; terapia comportamental.

ABSTRACT

The present paper, based on Skinner's radical behaviorism, seeks solutions to questions derived both from the practice of behavior therapy and the increasing used therapeutic interventions in natural contexts. The analysis of a case report will provide answers to those questions. Concepts and procedures as shaping, differential reinforcement, non-punitive audience, are described and analyzed. The discussion of the dichotomy between office and natural setting interventions raises additional topics for discussion about the practice of behavior therapy.

KEY-WORDS: Behavior therapy; office setting; natural setting; behavior analysis.

INTRODUÇÃO

O trabalho de acompanhamento terapêutico ainda é uma prática relativamente nova de atuação em saúde mental. Nos últimos anos, tem crescido a oferta de trabalho no Brasil para esta atividade. Para profissionais que trabalham na perspectiva behaviorista, a demanda parte principalmente de psiquiatras que tomam conhecimento das técnicas comportamentais dirigidas ao tratamento de transtornos psiquiátricos.

De fato, os avanços recentes da psiquiatria biológica e da análise do comportamento permitiram significativa mudança no enfoque e na terapêutica da doença mental; em decorrência disso, ao invés da exclusão e do isolamento, vemos hoje o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos dirigidos preponderantemente à melhora da qualidade de vida, por meio do controle sobre a sintomatologia e reinserção social. É dentro deste "novo" contexto que surge o espaço para a atuação do Acompanhante Terapêutico (AT).

O AT é geralmente solicitado em casos nos quais o cliente apresenta um comprometimento tal que se torna necessária uma intervenção mais direta nas contingências ambientais vividas por ele. Em geral são pacientes com transtornos que envolvem sintomatologia psicótica (esquizofrenia, psicose induzida por drogas, etc.), transtornos de ansiedade (Transtorno Obsessivo Compulsivo [TOC], Pânico, Fobias, etc.), transtornos afetivos (depressão maior, transtorno bipolar, etc.) e outros tipos de problemas, geralmente em condições crônicas.

É fundamental para o desenvolvimento

de um trabalho que ele esteja alicerçado em uma teoria consistente, capaz de fornecer ao profissional envolvido subsídios para atuar nas mais diversas situações. Desde o início de minha atuação como AT, tenho como base teórica a abordagem comportamental. Nessa abordagem, apesar da ampla variedade de textos sobre técnicas de intervenção, ainda é muito escassa a literatura específica sobre acompanhamento terapêutico.

Por conseqüência dessa escassez de conhecimento produzido, fui obrigado a desenvolver uma maneira particular de trabalhar. Parto, portanto, da literatura existente até então para a clínica de consultório, adicionando aos poucos, as minhas experiências no dia-a-dia como AT. Para me orientar nesta busca, procurei a supervisão de terapeutas comportamentais com experiência no trabalho com transtornos psiquiátricos (Dr. Roberto Alves Banaco e Regina Christina Wielenska, ambos com experiência clínica tradicional). O diálogo com a clínica tradicional possibilitou-me alguns questionamentos que hoje são o centro da discussão que quero trazer: O que é o AT? Um auxiliar do psiquiatra e, eventualmente, do psicólogo? Ou é um psicoterapeuta num contexto diferenciado? Acredito que refletir sobre essas questões é ponto fundamental para o desenvolvimento de um trabalho consistente e coerente. Estas questões nos remetem ao momento histórico no qual surgiu a terapia comportamental.

BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL

As primeiras tentativas de aplicação das teorias da aprendizagem para problemas

clínicos desenvolveram-se através da então corrente Análise Aplicada do Comportamento, muitas vezes denominada Modificação do Comportamento (Guedes, 1993). Essa prática limitava-se à transposição do modelo de laboratório para as situações clínicas (como em casos de alcoolismo, transtornos graves, etc.) e institucionais (prisões, instituições para deficientes mentais, etc.), criando contingências artificiais para a intervenção sobre o comportamento. Um procedimento comumente utilizado nesta época foi a economia de fichas. Naquela época, Holland (1978), um estudioso americano do behaviorismo, desenvolveu algumas críticas a essa forma de intervenção; a principal crítica referia-se ao uso deliberado de técnicas de modificação do comportamento sobre uma resposta específica, sem levar em consideração o contexto vivido pelos sujeitos que a elas eram submetidos. Segundo esse autor:

“Embora o Behaviorismo assuma que o comportamento é o resultado de contingências, e que mudanças de comportamento duradouras envolvem alterações das contingências que dão origem ao problema e o mantém, a maioria dos programas de modificação de comportamento simplesmente arranjam contingências especiais num ambiente especial, de forma a eliminar o comportamento ‘problema’.(...) Embora behavioristas aplicados tenham freqüentemente se dedicado a ‘consertar’ indivíduos, a ciência denominada Behaviorismo fornece os meios para analisar as estruturas, o sistema, e as formas de controle social que produzem os ‘problemas’

(Holland, 1978).

Segundo Guedes (1993), os modificadores de comportamento, frente às severas críticas e às limitações com que se depararam exercendo esse tipo de prática acabaram por rever o seu modelo de atuação. Como forma de superar estas dificuldades e desenvolver um trabalho mais coerente com as propostas skinnerianas, muitos tornaram-se terapeutas comportamentais, utilizando-se da análise funcional do comportamento como ferramenta de trabalho. No entanto, adotaram um modelo de atuação muito semelhante àqueles modelos que inicialmente criticaram (o de atendimento no gabinete, cuja atividade baseia-se principalmente no relato verbal de seus clientes).

Guedes (1993) chama a atenção para a incoerência presente na adoção de um modelo de prática terapêutica “de gabinete”, frente à proposta inicial da psicologia comportamental, ao perguntar:

“Como entender que tal prática terapêutica tenha sido gerada por uma proposta teórica que afirma que :

1. as causas iniciadoras dos comportamentos... estão na relação com o ambiente,
2. não só os comportamentos, mas também os sentimentos são produtos de contingências e
3. portanto, mudanças de comportamento e sentimento só são possíveis com rearranjos entre ambiente e comportamento?

Como entender que profissionais que discutem exaustivamente as diferenças entre modelo médico e modelo psicológico e que,

portanto, teriam clientes, e não pacientes, e que acreditavam que comportamentos ou sentimentos perturbados ... eram produzidos por contingências perturbadoras ... tenham optado pela terapia face a face?" (Guedes, 1993, p. 83).

Segundo essa autora, o surgimento da terapia comportamental como uma prática diferenciada das demais abordagens só foi possível devido à sua proposta de lidar com problemas mais graves, para os quais as teorias mentalistas não apresentavam solução. Essa possibilidade se deu justamente pela proposta de alterar diretamente as contingências geradoras dos problemas. Praticando a terapia verbal face a face, a psicoterapia comportamental estaria deixando de lidar com estes problemas mais graves, quando deixa de analisar as contingências de forma ampla e direta. A autora comenta:

"Contingências artificiais na sessão têm pouca chance de competir com as conseqüências, em geral mais antigas, mais significativas e mais freqüentes da vida do sujeito. O máximo que se pode esperar é contar com a sorte ou mesmo criar contingências na sessão para a formulação de conselhos ou regras que então serão seguidas; desmanchar alguns estímulos eliciadores de ansiedade e reforçar o cliente, produzindo um fugaz sentimento de auto-estima." (Guedes, 1993, p. 84).

Em decorrência deste raciocínio, às questões anteriormente levantadas, soma-se mais uma: "Seria o acompanhamento terapêutico o modelo ideal de terapia

comportamental?"

QUANDO O VERBAL É INSUFICIENTE

Por um bom tempo, o terapeuta comportamental pôde se permitir trabalhar preponderantemente com os casos menos graves, de maneira bastante eficiente, através dos relatos verbais, em seus consultórios. A partir da "descoberta" pela psiquiatria brasileira da eficácia de suas técnicas¹, os terapeutas comportamentais voltaram a ser solicitados para o atendimento de casos psiquiátricos. Foram, portanto, novamente remetidos ao problema inicial da atuação direta sobre o ambiente do cliente. O surgimento do AT, a meu ver, vem atualmente responder parte das questões oriundas dessa reflexão, como uma alternativa de trabalho que oferece inúmeras vantagens, entre elas:

- a alteração do comportamento do cliente ocorreria a partir da vivência das contingências naturais, enquanto no consultório o terapeuta geralmente tem o comportamento verbal como única fonte de acesso ao ambiente do cliente;
- possibilidade do cliente fazer o teste de hipóteses de atuação com o apoio do terapeuta *in loco* e, no caso de uma hipótese frustrada, poder contar com o seu apoio imediato para o levantamento de

¹ Entre os trabalhos que se destacaram neste sentido, estão os desenvolvidos por Marks (1987), que propôs inicialmente os procedimentos de exposição e prevenção de respostas para o tratamento comportamental de fobias, compulsões e transtorno de pânico.

alternativas comportamentais. No consultório isso se dá com um maior distanciamento temporal entre a ocorrência do episódio comportamental e sua posterior avaliação, levantamento de alternativas e teste de hipóteses;

- no treino de habilidades sociais, a possibilidade de modelação com modelos reais, diferentemente dos procedimentos de "role playing" ou construção de regras, comuns em situação de "gabinete";
- em casos que exijam de aplicações de técnicas comportamentais, como a exposição para fóbicos, ou a exposição com prevenção de resposta para portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, o ambiente de consultório limita-se, com algumas exceções, à possibilidade de orientação do cliente para uma auto-exposição. Já através do trabalho do AT, pode-se realizar exposição assistida, que possibilita um maior controle sobre as variáveis envolvidas no procedimento. A exposição assistida permite também o oferecimento de uma "sustentação emocional" para atenuar a situação de aplicação do procedimento; é importante que seja levado em conta este fator, dada a dificuldade enfrentada pelo cliente, na situação de exposição, e a angústia e ansiedade envolvidas.

UM EQUÍVOCO A SER EVITADO

No trabalho de acompanhamento terapêutico, é comum o equívoco de se planejar a intervenção unicamente a partir da aplicação de técnicas de modificação de comportamento. Talvez devido ao forte

enfoque dado na formação do profissional de saúde ao conceito de saúde/doença e sua terapêutica, encontra-se a tendência a buscar por técnicas dirigidas à eliminação de comportamentos "inadaptativos" mais proeminentes e perturbadores (sintomas). Acaba-se negligenciando a funcionalidade que os diversos comportamentos adquirem na história de vida de cada paciente/cliente. A simples aplicação da técnica, em geral, proporciona um trabalho incompleto, e por vezes inadequado, já que não leva em consideração as contingências que mantêm o "comportamento-problema", podendo gerar dificuldades maiores, ou mesmo o fenômeno conhecido como "substituição de sintomas", fonte de críticas dirigidas à modificação do comportamento.

Cabe aqui ressaltar uma questão fundamental da psicologia comportamental - a diferenciação entre resposta e comportamento. Segundo Skinner (1993), por definição "comportamento é relação", e a resposta é apenas um elo de um evento mais amplo que inclui:

- a) o contexto que antecedeu a resposta;
- b) a resposta propriamente dita e;
- c) a consequência ambiental que se seguiu a esta resposta.

Dessa forma, diferentes tipos de respostas-sintoma podem apresentar a mesma funcionalidade, ou seja, respostas de diferentes topografias têm a mesma função. Por outro lado, respostas semelhantes podem ter funções diversas no repertório comportamental do sujeito.

A simples modificação de uma resposta do sujeito não garante a alteração do

padrão funcional instalado, nem a funcionalidade do novo repertório em seu contexto ambiental. Assim, se a relação resposta-consequência não for alterada, a substituição de resposta (sintoma) poderá ocorrer.

Esse problema é apresentado por Rangé et al. (1995):

"Não há dúvidas de que se dispõe de rica e eficiente gama de procedimentos para se instalar respostas, porém o que pouco se explicou é a importância da função que o comportamento poderá ter para o indivíduo no seu meio social." (p. 335)

Assim, segundo esses autores, o treino do profissional com ênfase exagerada nas técnicas pode induzir o terapeuta a propor apenas um procedimento, ao invés de realizar uma análise funcional ampla. Esse tipo de intervenção pode até produzir mudanças comportamentais, porém de pequeno alcance e generalidade, correndo-se o risco de desprezar ou mascarar o efeito de variáveis relevantes. (Rangé et al., 1995)

UM RELATO DE CASO, UMA TENTATIVA DE ANÁLISE

Desde que iniciei o meu trabalho como AT, tenho procurado fazê-lo da forma mais coerente com os princípios discutidos até o momento. Nem sempre, obviamente, os procedimentos propostos levaram ao sucesso terapêutico. Em alguns casos, o resultado obtido, apesar de "positivo", foi diferente do planejado. O caso a seguir mostra uma parte do meu percurso como AT:

R. tinha 46 anos quando comecei a

atendê-lo, em janeiro de 1995. Seu diagnóstico é esquizofrenia tipo paranóide, apresentando sintomas de depressão. A solicitação do psiquiatra foi uma tentativa de reintegração social, já que R. estava há muito tempo isolado e sem sair de casa.

Quando recebi a proposta de trabalho, hesitei bastante para aceitá-la, já que havia trabalhado com um cliente com esquizofrenia, cujo repertório verbal era limitadíssimo, e a expressão de emoção quase inexistente, o que me provocou bastante ansiedade. Fui para o primeiro encontro muito ansioso, imaginando que encontraria as mesmas dificuldades. No entanto, R. mostrou-se muito comunicativo, simpático, contou que gostava de M.P.B. (gênero de música que eu mais aprecio), tocava violão, pintava quadros, escrevia poesias². É formado em curso superior de desenho industrial, tem um repertório verbal rico e, apesar de demonstrar uma certa inabilidade no manejo das emoções, o aspecto afetivo do seu repertório está bastante preservado.

Enfim, saí da primeira entrevista muito entusiasmado, e já no primeiro atendimento gostei de R. No entanto, as mesmas características que me fizeram gostar dele deixaram-me muito assustado (afinal, como podia alguém tão "normal" e tão parecido comigo ser um paciente psiquiátrico com esquizofrenia?). Devido a nossa semelhança de repertórios (eu estava cursando a universidade, tocava violão, escrevia poesias...), durante muito tempo eu saía das sessões de R. com uma sensação de profunda

² Percebi, depois de muitas sessões, que tocar violão e escrever poesias, eram parte de seu quadro delirante.

tristeza. Passava o resto do dia pensando no sofrimento pelo qual ele passava, e no quanto havia sido triste a sua história pessoal (como alguém com tantas qualidades podia passar por isto?). Não é preciso muito conhecimento para imaginar que isso acabou prejudicando boa parte do meu trabalho. Em muitas situações eu me percebia com pena dele, o que me levava a um sentimento de impotência e, ao invés de pensar em alternativas de intervenção, achava que eu não tinha nada a fazer. Foram necessárias muitas sessões de terapia e supervisão para que eu conseguisse “me separar” dele e começar a desenvolver efetivamente um trabalho terapêutico. Esse tempo de “preparação”, no entanto, foi muito importante para que eu construísse um vínculo muito forte com R., devido à empatia que essa situação proporcionou.

R. acreditava (e ainda acredita) que havia uma conspiração para desmoralizá-lo, da qual participavam inclusive as pessoas do rádio e da TV. Segundo relatava, seu telefone estava grampeado, recebia mensagens do rádio e TV ameaçando-o ou ridicularizando-o. Explicava-me que pessoas como Caetano Veloso, Gilberto Gil, Chico Buarque de Holanda, Roberto Carlos, haviam roubado composições suas e gravado como autoria própria, e temiam agora que ele os processasse (sic.). Em decorrência deste quadro delirante, havia perdido o contato com todo o seu círculo de convivência, tinha medo de ir a locais públicos, pois estaria sendo observado e criticado, e sentia-se deprimido e sem motivação.

A permanência destes delírios levou-me a investigar se ele tomava corretamente a medicação, pois a chance de sucesso da

terapia sem a medicação nesses casos é praticamente nula. R. tomava, na época, Tioridazina (Melleril), Diazepam (Valium) e Fluoxetina (Prozac).

Fui percebendo que ele tomava irregularmente os remédios, não seguindo as prescrições do psiquiatra. R. me contou que colocava embaixo da língua os comprimidos que o irmão lhe fornecia, e os jogava fora depois. Foi necessário então, paralelamente ao desenvolvimento de outras atividades, orientar seu irmão (e o próprio R., que insistia que o medicamento lhe fazia mal) sobre a necessidade de seguir as prescrições médicas. Com o tempo, dada a insistência de R. em não tomar a medicação, as cápsulas foram substituídas por Haloperidol e Fluoxetina em solução, o que impediria o seu armazenamento debaixo da língua; o Diazepam continuou sendo ministrado em comprimidos, já que R. não apresentava resistência a ele. Essa e outras questões tornaram necessário realizar encontros mensais com o irmão.

A Análise Funcional do Comportamento só pode ser realizada, qualquer que seja o comportamento a ser analisado, a partir da relação do sujeito com o ambiente. Não considera o problema como um traço particular desse sujeito. Assim, fui coletando dados sobre a relação que R. estabelecia com seu ambiente.

No começo do trabalho, R. vivia com um irmão e a namorada deste. Dizia que se sentia um intruso no meio dos dois (com o passar do tempo, o irmão separou-se da namorada). R. ficou morando somente e sentia-se muito sozinho, passava quase todo o tempo em casa assistindo à TV ou ouvindo música. A relação com o irmão causava-lhe

bastante ansiedade, pois esse cobrava dele que se movimentasse mais e que ajudasse nos trabalhos da casa. R. sentia isso como parte da conspiração da qual se via vítima. Acreditava que as pessoas que o perseguiam haviam colocado também seu irmão contra ele e que por isso o irmão o tratava dessa forma.

Trabalhava como vendedor (o que era um dado positivo; grande parte dos pacientes com esse quadro não têm nenhuma atividade), mas sentia-se descontente com o seu trabalho.

Assim, os dados fornecidos por ele me levaram a identificar que R. tinha uma vida muito pobre de reforçadores; seria necessário tornar-me inicialmente um agente reforçador, para que pudéssemos, a partir daí, desenvolver outras fontes possíveis de reforçamento.³

R. me relatava que não conseguia confiar em ninguém, e esse era um dos motivos maiores de seu sofrimento. Naturalmente, levou um certo tempo para que ele viesse a confiar em mim e, com isso, aceitasse as propostas de atividade que eu lhe sugeria. Para construir essa confiança, foi necessário que eu mantivesse uma relação muito sincera e autêntica, sendo muitas vezes preciso que eu lhe revelasse fatos de minha vida pessoal. Essa é uma característica que eu considero bastante diferente do trabalho clínico tradicional. Nesse, é mister

que a vida pessoal do terapeuta seja preservada na relação (o que não é tão rígido na abordagem comportamental); já no trabalho do AT, a própria situação propicia e exige maior envolvimento e abertura nesse sentido. R. tinha facilidade para identificar, através das minhas expressões faciais, como eu estava me sentindo, mas sempre atribuía meu humor ou estado físico a ele, dizendo (quando percebia alguma alteração) que eu devia estar chateado com ele, ou que ele havia feito algo que havia me desagradado. Nesse sentido, eu sempre busquei, dentro do possível, esclarecer a ele quando meus sentimentos eram devidos à nossa relação e quando eles nada tinham a ver com ela (comportamento descrito na literatura através do conceito de transparência; Vinogradov & Yalom, 1992). Isso permitia a R. discriminar as reações que ele causava em mim (eu contava com a possibilidade de que esta discriminação fosse generalizada para outras situações). Um acontecimento que considero marcante foi quando cheguei à sua casa um pouco desanimado (eu ainda estava me recuperando de uma forte gripe) e R. perguntou o que havia acontecido, sem se referir a algo que ele havia feito. Este foi um dado que confirmou que R. havia desenvolvido, ao menos sob o controle da minha presença, uma resposta cuja função seria extremamente importante para sua adaptação social (a discriminação de expressões faciais é importante para o desenvolvimento da empatia, e este comportamento já fazia parte do repertório de R; no entanto, o fato de considerar qualquer manifestação de emoção de outra pessoa como originada de seu próprio comportamento prejudicava bastante o seu

³ Banaco (1994) descreve um caso de comportamento obsessivo compulsivo, cuja análise seguiu esta linha de raciocínio. Tal relato serviu de guia para boa parte da minha atuação como A.T., neste e em outros trabalhos.

relacionamento social). Eu aponte para ele a diferença que eu havia observado e o quanto isso era algo positivo para o alcance dos nossos objetivos.

Lembro-me de outro momento importante do nosso trabalho, quando eu vi necessidade de me expor em uma situação muito íntima, considerando-a importante para o fortalecimento do vínculo terapêutico. R. me falava muito de algumas gravuras que havia pintado, mas relutava em mostrá-las, talvez temendo alguma crítica ou por ainda não ter suficiente confiança em mim. Para mostrar que da minha parte existia confiança nele, (dessa forma, oferecendo um modelo) eu lhe trouxe um conjunto de poesias que eu havia escrito. Isso proporcionou claramente um fortalecimento na relação, e logo ele sentiu-se seguro para mostrar-me as gravuras, das quais eu realmente gostei muito, impressão que não deixei de expressar. Ou seja, de forma autêntica, demonstrei reconhecimento por algo que ele havia produzido, permitindo o fortalecimento do vínculo terapêutico.

Um padrão de comportamento que eu, enquanto profissional, tive que aprender durante esse processo, foi a forma de abordar com o cliente a questão de sua doença. No início, temia muito falar com ele sobre a esquizofrenia, e sempre evitava falar esse nome, como se fosse um tabu, algo que não pudesse ser lembrado durante nossos encontros. Com o tempo, esse dado também foi sendo incluído no que eu considero comportamento sincero. Primeiramente perguntei a ele o que sabia sobre a doença, e constatei que ele só tinha conhecimento de que era acometido por ela. Aos poucos fui esclarecendo melhor os sintomas e quais

eram as perspectivas de tratamento. Enfatizava, no entanto, que, apesar de ele ter uma doença, isso era apenas uma parte de seu repertório, frente a uma infinidade de comportamentos outros não "doentes", e que o nosso objetivo era desenvolver ao máximo essa outra parte de seu repertório, para que ele tivesse possibilidade de enfrentar com maior sucesso as dificuldades geradas pela doença. Essa forma de lidar com a doença tem como principal fonte o grande desconhecimento que até hoje existe acerca da terapêutica da esquizofrenia. Ainda não existe procedimento capaz de exercer efeito sobre os sintomas "positivos" (alucinações, delírios) da esquizofrenia. Portanto, a atuação do terapeuta é enfocada sobre os sintomas "negativos", como apatia, retraimento social, diminuição do desempenho social, ocupacional e intelectual⁴.

Numa determinada sessão, depois de R. marcar várias vezes consulta com o psiquiatra e tê-las cancelado, alegando não estar se sentindo bem, tive que avisá-lo de que a sessão seria cobrada normalmente, caso ele não comparecesse. Sua reação foi surpreendente; frente a esse limite apresentado, comportou-se de forma bastante agressiva, falando em parar o tratamento, e que além disso procuraria outro psiquiatra na mesma semana. Deduziu que este médico

⁴ A terminologia técnica sobre a sintomatologia da esquizofrenia identifica dois tipos de sintomas: um deles, chamado **sintomas "positivos" ou "produtivos"**, refere-se a "excessos comportamentais", caracterizados por delírios e alucinações; outro refere-se à supressão de comportamentos existentes na fase pré-morbida, como desempenho intelectual, ocupacional e social reduzidos, apatia, retraimento social, embotamento afetivo, daí classificados como **sintomas "negativos"**, no sentido de **déficits comportamentais**.

também estava contra ele, assim como todas as outras pessoas. Frente a essa reação, eu procurei mostrar-me calmo, compreendendo-o; assim que terminou a sua “explosão” de raiva, eu apontei o quanto ele havia sido agressivo, e qual sentimento isso havia me causado. Disse que talvez ele tivesse esse tipo de comportamento em outras ocasiões e que isso provavelmente assustava as pessoas, assim como me assustou. Fiz esses comentários, sempre reafirmando que gostava dele e não iria deixar de gostar por causa disso. Ele acalmou-se e pudemos conversar melhor sobre o que havia acontecido. Ainda na mesma semana, liguei-me pedindo desculpas pela forma como havia agido. Eu lhe expliquei que, ao provocar nossa conversa, não havia tido o objetivo de que ele pedisse desculpas a mim, mas procurei sinalizar a ele o quanto era importante para o convívio social que ele fizesse esse tipo de reavaliação de suas atitudes. O limite imposto pelo psiquiatra foi mantido, R. acabou indo à consulta e revendo seu julgamento com relação à atitude do médico.

Assim como fazia com as consultas no psiquiatra, R. costumava, no início do trabalho, ligar cancelando a sessão de acompanhamento terapêutico, por não estar bem, ou simplesmente dizia para que eu não subisse até seu apartamento, quando eu já estava no prédio. Aos poucos, conforme foram acontecendo as situações descritas, esse tipo de comportamento foi deixando de acontecer, chegando até a se inverter. R. não mais cancelava as sessões e me chamava pelo “pager” diversas vezes durante a semana. Com o tempo, tive que discutir com ele sobre a necessidade de me chamar somente quando

havia algo importante a ser tratado, caso contrário situações realmente importantes poderiam ser adiadas, por eu não saber discriminá-las.

Como parte dos objetivos terapêuticos, eu sempre propus a R atividades sociais. No entanto, sempre que marcávamos alguma atividade, ele ligava alguns momentos antes do atendimento, cancelando-a, ou, caso eu tivesse chegado ao local do atendimento, dizia que não estava bem e insistia para ficarmos em sua casa. Quando percebi tal padrão de comportamento (de esquiva, frente a uma situação aversiva), propus a mesma estratégia que o médico havia utilizado: fixei um limite, embora temesse que ele novamente tivesse uma reação agressiva. Expliquei que havia um objetivo nas atividades que eu propunha, e que só aceitaria realizar um trabalho se houvesse de sua parte um empenho; portanto, se novamente ele desistisse de realizar a atividade que combináramos, eu não iria atendê-lo e cobraria como se houvesse ocorrido uma sessão normal. Embora o objetivo tivesse sido muito parecido, considero, avaliando a posteriori, este procedimento como antiterapêutico. A consequência oferecida pelo médico seria contingente à situação natural de consulta médica. Já o mesmo não era verdade na minha relação com ele; ofereci uma consequência artificial, o que, apesar de atingir o meu objetivo terapêutico (sair de casa), poderia ter sido um obstáculo para a relação terapêutica (é imprescindível, num processo terapêutico, que o terapeuta seja um agente não-punitivo e, nesse episódio, eu me coloquei como agente punitivo). Com esse tipo de condição, na sessão seguinte fizemos

a nossa primeira atividade "social" juntos: fomos a um bar tomar um café. Não sei se por azar ou ironia, o bar em que entramos estava com a TV ligada tão alta que não nos foi possível conversar. Ainda "para ajudar", estava passando um programa em que estavam leiloando a "brasília amarela" dos "Mamonas Assassinas", tema de uma música que R. acreditava ter sido feita para ridicularizá-lo.

Como era previsível, ele acreditou que toda a situação havia sido armada para atingi-lo. Foi preciso muita persuasão para convencê-lo do contrário e fazer com que ele continuasse a tentar sair. O esforço não foi em vão. Depois desse episódio, fomos a diversos lugares, inicialmente situações de pouca exposição, com pequeno número de pessoas. Aos poucos fui propondo lugares mais movimentados (a idéia de graduação de dificuldades também é uma técnica derivada da psicologia comportamental, baseada nos procedimentos de dessensibilização sistemática). R. me relatava no início que ia à padaria comprar cigarros, e que algumas vezes ficava "paralisado" no meio do caminho, tendo que voltar. Apesar da dificuldade em levar até o fim seu objetivo, considerei essas tentativas iniciais um grande avanço, já que anteriormente R. somente saía para trabalhar, e há muito tempo não ia para a rua com um outro objetivo. Aos poucos essa dificuldade foi também superada, e R. aumentou significativamente a frequência com que visita lugares públicos, e isto não mais lhe proporciona tamanha ansiedade.

Uma outra dificuldade de R. era a falta de organização das atividades. Propus então que a cada sessão organizássemos juntos uma "agenda" de atividades a serem realizadas até

a próxima sessão. Durante a época em que utilizei esse procedimento, R. conseguiu se organizar um pouco melhor, mas muitas atividades, mesmo colocadas na "agenda", acabavam não sendo cumpridas. R. não se engajou por muito tempo nesse tipo de comportamento, devido ao custo de resposta que a atividade apresentava: sentar-se, rever todos os compromissos da semana, organizá-los em prioridades, colocar em horários, prevendo sua duração, etc. A "agenda" foi substituída por formas menos sistemáticas de organização, como bilhetes e recados colocados em lugares estratégicos de sua casa.

Incluí também em suas "lições de casa", com o objetivo de ressocialização, ligar para alguém conhecido, para marcar algum encontro ou passeio, ou apenas para conversar um pouco, ainda que por telefone. Com isso, pretendia que ele voltasse a ter contato com pessoas das quais se distanciara. No entanto, o contato social continua sendo uma das maiores dificuldades de R. ainda hoje. Embora seu repertório social tenha-se desenvolvido bastante em relação ao começo do trabalho, ainda é necessário que o seu ambiente suporte essas mudanças. Por exemplo, críticas e/ou observações que ele eventualmente faça a seu irmão e amigos deste são vistas ainda como sintomas de seu quadro delirante, e não como um contato social genuíno. Além disso, os sintomas delirantes não estão totalmente sob controle. R. ainda apresenta grande sensibilidade a críticas e/ou reações aparentemente "negativas" de outras pessoas, o que dificulta a formação de algum vínculo de amizade mais consistente.

Com o objetivo de trabalhar os

sintomas depressivos, desde o início do trabalho tenho procurado alguma atividade que seja fonte de reforços para R. Entre outras, já propus sua participação em um grupo terapêutico, hospital dia, tentei ensiná-lo a tocar violão, propus que ele voltasse a escrever poesias, sem sucesso.

Resolvi então colocar-me atento a suas verbalizações sobre possíveis reforçadores. Foi então que, durante uma conversa na qual ele se referiu aos desenhos que fez, sugeri que ele começasse a me ensinar a desenhar. Ele aceitou a proposta e iniciamos as aulas. Isso permitiu uma mudança significativa na qualidade da relação terapêutica; permitiu que R. ocupasse uma posição diferente da estabelecida até então. No lugar de ser aquele que nada sabia, e devia aprender comigo, ele pôde reconhecer que em alguma área tinha um conhecimento maior que o meu. Acredito que essa mudança permitiu que ele tivesse uma experiência de maior controle em nossa relação, dado consagrado pela literatura como condição facilitadora da saída de um estado depressivo (Seligman, 1977).

Depois que começamos as aulas de desenho, R. prepara a cada sessão uma nova aula, é um professor altamente reforçador; entre as sessões, telefona para comentar a respeito de algum detalhe dos desenhos que eu fiz.

Posso supor que este procedimento foi reforçador e eficaz para diminuir o seu quadro depressivo. R. passou a limpar o seu quarto (comportamento que estava fora de seu repertório), nitidamente em função das aulas de desenho que passou a ministrar a mim: limpou a sua prancheta, arrumou os equipamentos de pintura, organizou seu quarto, para me receber. Além disso, passou

a sair mais vezes para vender, o que tem tido como consequência o aumento de sua clientela.

Continuamos as caminhadas não apenas pelo seu bairro, mas também em outros locais públicos, indo a exposições de arte, shoppings, lojas, etc. Atualmente, inclusive, temos conseguido nos encontrar já nos locais de visita, sendo desnecessário que eu vá buscá-lo em sua casa. Estamos nesse ponto do desenvolvimento do trabalho.

Este e outros trabalhos que eu já desenvolvi como AT levaram-me a alguns pontos que, acredito, respondem parte das questões colocadas no início deste artigo:

- É possível, partindo de uma análise funcional, aplicar técnicas comportamentais adequadas a casos de cunho psiquiátrico;
- Na psicoterapia tradicional, o terapeuta trabalha com o cliente quase exclusivamente a partir do relato verbal. Clientes com bom repertório verbal e boa capacidade discriminativa para eventos ambientais e internos efetivamente beneficiam-se dessa forma de atuação terapêutica. Já aqueles que apresentam déficit comportamental maior dificilmente alcançarão os resultados almejados. Nesses casos, é imprescindível, a meu ver, uma atuação mais direta a partir das relações vivenciadas pelo sujeito em seu ambiente natural. Este é o campo de trabalho do AT. No entanto, esta especificidade não torna o trabalho do AT essencialmente diferente da psicoterapia. Pelo contrário, é uma forma de intervenção que leva às últimas consequências a análise funcional do

comportamento, fazendo com que o profissional seja o observador qualificado do problema em questão, além de ter mais acesso às variáveis ambientais disponíveis para a mudança.

- Acredito que, se a terapia comportamental continuar se propondo a atender este tipo de população, deverá cada vez mais superar os limites do consultório, investindo na formação de pessoal habilitado a realizar esse tipo de intervenção.

O caso apresentado é um exemplo de trabalho como AT baseado nas propostas do behaviorismo radical. Espero ter contribuindo para o desenvolvimento desta prática bastante promissora no campo da saúde mental.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece à Regina Wielenska e ao Roberto Banaco pela revisão técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANACO, R. A. Auto Regras e Patologia Comportamental. Texto proferido durante o III Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, promovido pela ABPMC. Campinas, 24 de setembro de 1994. Manuscrito não publicado.
- GUEDES, M. L. Equívocos da Terapia Comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85, 1993.
- HOLLAND, J. Behaviorism: part of the problem or part of the solution? *Journal of applied Behavior Analysis*, 11, 163-174, 1978.
- MARKS, I. M. *Fears, Phobias and Rituals*. New York: Oxford, 1987.
- OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10; Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- RANGÉ, B. P., GUILHARDI, H. J., KERBAUY, R. R., FALCONE, E. M. O., INGBERGMAN, Y. K. Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. In Rangé B. P. (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas: Workshopsy, 1995.
- SELIGMAN, M. E. P. *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: HUCITEC, Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- VINOGRADOV, S., YALOM, I.D. *Psicoterapia de grupo: um manual prático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.