

## A formação do Terapeuta Comportamental. Que Formação<sup>1</sup>?

Hélio José Guilhardi

Um sério problema é a falta de consenso sobre o que vem a ser um terapeuta comportamental. A prática, freqüentemente, tende a caracterizar o terapeuta comportamental como aquele que emprega determinadas técnicas. Assim, se um psicólogo emprega técnicas de dessensibilização sistemática, muito provavelmente será considerado terapeuta comportamental. Definir o profissional pelas técnicas que usa é inadequado e perigoso. Inadequado, porque qualquer psicólogo pode, se desejar, empregar técnicas comportamentais, independentemente de sua orientação teórica, uma vez que são técnicas claramente descritas e simples para serem replicadas. Além de que, o simples fato de se empregarem determinadas técnicas, não garante o modo e a adequação de seu uso. Perigoso, porque o terapeuta usa as técnicas como um *instrumento* do seu trabalho, mas a sua atuação não se resume à aplicação de técnicas. Identificar terapia com técnica reduz, inadequadamente, a função da terapia. (Para uma discussão mais ampla sobre as técnicas comportamentais e definição de terapia comportamental, veja-se Erwin, (1978), bem como os capítulos 1 e 2 do presente livro).

De qualquer maneira, um problema prático importante que o professor encontra ao preparar seus alunos, reside no ensino das técnicas comportamentais. Ensina-se a definição da técnica, qual sua base teórica, as evidências empíricas que justificam o seu uso. O mais difícil, porém, de ser ensinado, é *quando* e *com quem* usá-las. Alguns exemplos podem ilustrar este ponto, como a seguir se expõe.

### TREINAMENTO ASSERTIVO

A pesquisa e a aplicação de treinamento assertivo tem enfatizado as maneiras de instalar uma resposta procedimentos para instalar respostas assertiva no cliente. Qual a melhor forma? Usando modelagem, treinando o indivíduo em grupo, usando modelação ou imitação? Livros, como o de Lange e Jakubowski (1976), propõem uma seqüência minuciosa de exercício para instalar respostas assertivas. Não há dúvida de que se dispõe de rica e eficiente gama e procedimentos para instalar respostas assertivas, porém o que pouco se explicou é a importância da *função* que o comportamento tem para o indivíduo e no seu meio social. É menos relevante começar pela topografia da resposta a ser instalada, seja ela dizer “não”, “olhar nos olhos enquanto fala”, “expressar com clareza um ponto de vista”, “discordar da opinião da maioria”. Também o mais relevante não é discutir o melhor modo de instalar esse padrão específico. Muito mais importante é discriminar *em função de que* se quer provocar uma mudança comportamental. Em outras palavras, não importa apenas qual o novo padrão de respostas que o cliente será capaz de emitir e como foi instalado, mas as alterações que determinado padrão de comportamentos produzirá no meio em que ocorre (em geral, mudanças nos desempenhos de pessoas relevantes para o cliente). Ao mesmo tempo, importa saber o que essas alterações produzidas no meio provocam no comportamento do cliente. Os

---

<sup>1</sup> O presente artigo é uma versão revista e ampliada de um trabalho apresentado pelo autor no XII Simpósio Internacional sobre Modificação de Comportamento em Ribeirão Preto (SP) em 1982.

comportamentos do cliente têm funções de estímulo para as pessoas e, por seu turno, os comportamentos por elas emitidas têm funções de estímulo para o cliente. E são essas *funções* de estímulo e de respostas que devem ser identificadas e programadas.

Assim, o estudo de Guilhardi (1982) ilustra como dois padrões comportamentais diferentes (ambos pertencentes à classe de respostas assertivas) foram emitidos por um mesmo cliente em contextos ambientais diversos (no emprego e no ambiente familiar), em virtude da função que os padrões de comportamentos tinham para as pessoas envolvidas. No emprego, os comportamentos assertivos incluíram dizer “não”, perguntar o “porque”, discordar, apontar falhas no desempenho profissional de funcionários subalternos a ele e sugerir alternativas de ação na situação de trabalho. Decidiu-se instalar esse padrão assertivo porque a relação de submissão que o cliente tinha com seu chefe e colegas de trabalho gerava-lhe tensão e ansiedade, provocando reações psicossomáticas progressivamente mais graves. O desempenho das pessoas com quem trabalhava tinha função aversiva para ele: sentia-se ameaçado, desrespeitado, agredido. Sua ansiedade, conseqüentemente, era alta. O que se pretendeu fazer foi desenvolver no cliente um repertório de ações que alterasse os comportamentos das pessoas, produzisse conseqüências gratificantes e melhorasse sua auto-imagem, reduzindo, assim, sua ansiedade. De fato, os comportamentos que passou a apresentar foram positivas para o cliente. A mudança no seu padrão de relacionamento deixou-o mais calmo e mais autoconfiante, passou a ser mais respeitado e seus problemas psicossomáticos melhoraram significativamente. O mesmo padrão de respostas, porém, não funcionou no contexto familiar. Havia sérias dificuldades no relacionamento entre a esposa do cliente e a filha de 10 anos. Ele, normalmente, se mantinha omissivo em relação a elas. Porém, animado pelas conseqüências que obtivera no trabalho, começou a dizer para a esposa o que pensava do relacionamento dela com a filha. A mudança brusca no seu desempenho teve para a esposa função aversiva e, com isso, a ansiedade dela aumentou ainda mais. Como resultado, pioraram as relações mãe-filha e marido-esposa. Propôs-se, então um padrão diferente de comportamentos: não dizer o que estava pensando sobre o desempenho da esposa no momento do conflito dela com a filha, mas aguardar um momento apropriado para externar seus pontos de vista; valorizar comportamentos da esposa considerados por ele adequados; desviar-se do assunto crítico, e só retomar o tema do conflito, dando sua opinião, mais tarde (por exemplo, à pergunta “você não acha que estou certa?” respondia “você deve ter suas razões”). O que se pretendia era ajudar a esposa a discriminar seus pontos de conflito com a menina, sem aumentar sua ansiedade, com crítica. O resultado foi claramente positivo.

À primeira vista, os dois padrões de respostas eram incompatíveis entre si, pelo menos quanto ao padrão topográfico: imediato e direto no trabalho; paciente em casa. Porém, funcionalmente, os padrões foram equivalentes e igualmente positivos. O cliente chegou a perguntar: “mas, agindo assim em casa, ela (a esposa) não vai ‘subir nas minhas costas’ e massacrar nossa filha?”. A resposta só podia ser encontrada empiricamente. Seria necessário atuar e observar o que iria ocorrer. A resposta à pergunta foi negativa.

### **DESENSIBILIZAÇÃO SISTEMÁTICA**

Esta técnica é adequada para lidar com problemas de fobias. Amplamente pesquisada (Wolpe, 1973), a dessensibilização sistemática tem se revelado útil para múltiplos tipos de fobias, empregada com ampla variedade de clientes & seus efeitos parecem duradouros.

O estudo apresentado a seguir foi realizado com uma senhora com numerosos comportamentos fóbicos que já duravam cerca de 40 anos. Uma das fobias que descreveu foi medo de andar de elevador. À primeira vista, a queixa sugeria o emprego da dessensibilização sistemática. Neste ponto, a cliente relatou que no tratamento anterior, cerca

de 15 anos, o terapeuta usou procedimentos que, pela sua descrição, assemelhavam-se à dessensibilização sistemática ao vivo. Conseguiu usar elevador na ocasião, mas o comportamento não se generalizou para diferentes situações e nem durou. O porquê deste efeito temporário ficou claro quando se completou uma análise cuidadosa da *função* que as fobias tinham na sua vida. Assim, o medo de usar elevador fazia parte de uma classe mais ampla de problemas comportamentais que tinham em comum “não sair de casa”. Por sua vez, “não sair de casa” incluía outros componentes: falta de assertividade na relação da cliente com a mãe e a irmã que moravam com ela; medo de magoar a mãe por deixá-la em casa sozinha; excessivo zelo com os filhos e a manutenção da casa, exibindo características compulsivas. Essas dificuldades exageradas eram acompanhadas de “idéias irracionais” (Ellis e Grieger, 1977) sobre as funções de dona-de-casa, que “deve fazer tudo, com perfeição, sem que ninguém tenha que lhe pedir nada”; de mãe, que “deve dedicar-se, exclusivamente, à proteção e cuidados com os filhos”; e de filha, que “deve retribuir todos os sacrifícios que a mãe sofreu por ela”. Ao lado disso, surgiam sentimentos de culpa nas suas relações com a mãe marido e filhos, uma vez que suas dificuldades impediam-na de cumprir com “perfeição” os papéis de filha, esposa e mãe. A aversividade derivada disto propiciava o fortalecimento de respostas de fuga-esquiva do tipo neurótico, tais como fobias e rituais compulsivos. Quando essas relações foram devidamente identificadas, discutidas e manejadas terapeuticamente, ocorreram alterações “espontâneas” nos sintomas fóbicos da cliente. Trabalhando com procedimentos que incluíram “treino assertivo” e “reestruturação cognitiva”, obteve-se uma alteração drástica nas dificuldades da cliente, sem trabalho diretamente com a resposta fóbica específica (medo de usar elevador). Ela passou a usar elevador por iniciativa própria, em qualquer situação, e esse desempenho já vem se mantendo há mais de dois anos.

O treino de profissionais com ênfase exagerada nas *técnicas* terapêuticas pode induzir o terapeuta comportamental a propor o procedimento, antes de uma análise funcional ampla. As vezes, mesmo nestes casos, a técnica produz alterações comportamentais, porém de pequena generalidade. Corre-se o risco de desprezar ou mascarar o efeito de variáveis relevantes. Quando isso acontece, fala-se em “recuperação espontânea” ou “substituição de sintomas”. O fácil acesso a técnicas poderosas de manipulação de comportamento pode facilitar, ao terapeuta inadequadamente orientado, a sua utilização, sem uma análise criteriosa e completa das relações funcionais relevantes.

O que se pode concluir é que o emprego adequado de técnicas é relevante e necessário. Porém, é preciso uma análise funcional, ampla, para a obtenção de dados, a partir dos quais se decide que técnica deve ser empregada, em que momento, e com qual cliente.

A formação de terapeutas comportamentais tem sido falha neste aspecto. É freqüente os alunos perguntarem: o que faço com esta queixa? que procedimento devo usar? O procedimento decorrerá, naturalmente, de uma longa e criteriosa análise dos determinantes do problema; nunca é um “pacote” pronto que se coloca em cima do cliente para alterar seus problemas.

## **AS DIFICULDADES DE GENERALIZAÇÃO DAS BASES TEÓRICAS E DE PESQUISA DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL PARA A SITUAÇÃO CLÍNICA**

Tem havido uma tendência a se fazer, em nome “ampliar” a terapia comportamental, um ecletismo teórico. É claro que um ecletismo teórico leva a um ecletismo de ação. Esta confusão é perigosa para o profissional e para o cliente. O desenvolvimento de uma área de atuação na psicologia deve ocorrer a partir (te tinha avaliação crítica e de propostas dentro do próprio sistema que se está estudando e não de fora dele. Quando se faz a crítica de um

sistema a partir de pressupostos de outro e/ou com metodologia diferente, pouco ou nada se ganha. Profissionais de formação diferente podem — e comumente fazem isso — estar estudando o mesmo fenômeno humano. Assim, uma cultura como a nossa, que pune manifestações de interesse sexual desde criança, pode produzir indivíduos que, ao invés de praticar um ato sexual explícito, “fantasiam” cenas sexuais, “sublimam” seus desejos etc. Dizer que “fantasias”, “sublimações”, “transferências” são “dinamismos” que atuam como mecanismos de defesa (numa linguagem freudiana) ou esquivas (numa linguagem skinneriana), não tornam sinônimos os conceitos de *mecanismos de defesa* e *esquiva*. Cada qual tem seu próprio *status*, partem de pressupostos diferentes, foram elaborados a partir de metodologias diferentes, fazem parte de elaborações teóricas diferentes. Logo, um não se reduz ao outro. E erro dizer que são nomes diferentes para a mesma coisa.

Esta preocupação nem sempre tem sido levada a sério. Diz-se frequentemente que a terapia comportamental oferece poucas alternativas de análise e de procedimento. Uma questão comum dos alunos ilustra este tipo de problema: “não consigo imaginar como os terapeutas comportamentais fazem terapia! Também dão balinhas para os clientes?”. Na ânsia de lidar com este *aparente* vazio de opções clínicas, o terapeuta comportamental tem se socorrido de conceitos e práticas de outras linhas teóricas. Como consequência, faz mal aquilo que é dos outros e empobrece sua própria área de conhecimento.

Parece mais adequado levar adiante as propostas que existem mais ou menos explícitas na terapia comportamental e esgotá-las, crítica e praticamente. Talvez fosse conveniente enfatizar menos a terapia comportamental como uma área de aplicação da Psicologia, e mais como um modo de investigar o objeto da Psicologia com preocupações de ordem prática, ou seja, preparar o terapeuta comportamental para que se preocupe menos com o uso de um produto de conhecimento e mais com o método que produz esse conhecimento. Para isto, não basta, simplesmente, uma crítica verbal, mas uma crítica a partir da experimentação e utilização prática. O consultório é um laboratório onde também se pode fazer pesquisa. Não se deve pensar que o sujeito tem que ser rato ou pombo, que controle de variáveis exige relês e contadores, e que ambiente experimental é caixa para isolamento acústico. O consultório não pode ser visto, simplesmente, como o local onde se aplica aquilo que foi descoberto em condições mais apropriadas de pesquisa, já que, na realidade, no consultório existem dados, procedimentos são aplicados, variáveis são manipuladas, etc. As condições, porém, não são as mais adequadas. Assim, antes de dizer “não deu certo, isto não funciona para este caso”, vale perguntar o que escapou do controle, que variáveis devem ser investigadas, que mudanças se fazem necessárias no procedimento. Quando Miss Simrnons perguntou a Ferster (1967): “Charles, eu não sei como você pode entender de terapia; são necessários anos de treinamento para conseguir isso”, ele respondeu: “mas eu tenho experiência clínica, ainda que com organismos infra-humanos. Em meus experimentos com animais, lidei com cada sujeito como um indivíduo. No decorrer do experimento, as condições eram mudadas constantemente, acompanhando o desempenho do organismo, e, como um experimentador, eu respondia aos detalhes desse comportamento. Raramente um animal era tão variável a ponto de ser impossível trabalhar com ele. Procurava sempre o fator responsável pela singularidade de cada animal e tentava levá-lo em conta. Cada pombo diferia na quantidade do grão necessário como reforço para manter um comportamento adequado. A altura da chave na alavanca tinha que ser ajustada ao tamanho do animal, e a transição de um esquema de reforçamento para outro era sempre um trabalho único, cuidadosamente ajustado ao desempenho presente do animal, ainda que a forma final do desempenho fosse comum a todos eles. Cada animal era diferente, sob muitos aspectos, e a meta do experimento era encontrar um fator comum, além das características individuais de cada sujeito”. Se isto ocorre no laboratório animal, por que não no consultório?

Tem-se medo de levar a análise comportamental para além do ponto a que chegou. Ela

permite uma extensão difícil de se imaginar. É mais cômodo repetir fórmulas já testadas e não se ousa tentar, mas deve-se tentar, sem, no entanto, abandonar alguns critérios básicos de um trabalho científico. E cedo para introduzir conceitos cognitivos explicativos em uma análise terapêutica de interação social. A análise comportamental deve ser estendida para analisar esse fenômeno, antes que se diga que não há condições para explicá-lo. Inclusive, é importante analisar as variáveis que levam o terapeuta comportamental a mudar sua linguagem, seu compromisso metodológico, e a se tornar eclético. A que contingências ele próprio está respondendo? É uma pergunta para a qual não há respostas definitivas, mas algumas observações, talvez, possam ser esclarecedoras: os terapeutas comportamentais têm sido muito reforçados socialmente, no meio profissional e universitário, por “não serem rígidos”. É muito difícil, numa situação aplicada, manter a postura de análise aprendida no laboratório e, ao tentar generalizar de uma situação para outra, o profissional se perde. A própria comunidade constituída pelos clientes estranha a linguagem e a forma de análise de um terapeuta comportamental, o que significa que, freqüentemente, pune de forma sutil certos tipos de verbalizações e ações, e reforça outras mais familiares, em geral do tipo psicodinâmico.

Outro problema sério na formação de profissionais terapeutas comportamentais está estreitamente ligado a essas dificuldades. Trata-se da ausência de um *modelo clínico explícito de atuação*. A situação clínica é bastante complexa, envolve muitas variáveis, e é difícil para o profissional analisá-las e responder a elas consistente e adequadamente. Talvez, devido a sua história de formação profissional, mais ligada ao modelo de laboratório, o terapeuta comportamental comunique o que faz de modo insatisfatório. Assim, tipicamente, a comunicação inclui: introdução com breve revisão bibliográfica da área descrição sucinta do cliente, problema comportamental com o qual vai trabalhar, procedimento utilizado, resultados e discussão. Para a aprendizagem clínica isso não basta. Os elementos funcionalmente relevantes numa situação clínica estão longe de serem bem conhecidos para que se possa, de forma sucinta, descrever aquilo que é essencial, simplesmente porque não se sabe o que é essencial. Muitos pontos do processo terapêutico deveriam ser explicitados. Assim, é importante saber como o terapeuta se relaciona com o cliente, já que a qualidade (reforçadora ou aversiva) dessa interação influencia a técnica ou o procedimento formalmente descritos.

Como se decide com o que trabalhar em terapia? É outro ponto crítico. Em um trabalho clínico, poucas vezes existe uma relação direta entre a queixa do cliente e o procedimento terapêutico. Assim, o comportamento de se queixar e um comportamento verbal como qualquer outro, e deve ser analisado para que seus determinantes sejam encontrados, antes de se concluir que aquilo que o cliente diz que quer mudar é o que se deve tentar mudar. Às vezes, o que se muda é o que se diz.

Outro ponto é a utilização de familiares como parte do procedimento terapêutico. Os pais são comumente usados como agentes de mudança do comportamento de seus filhos. Não basta descrever como se procedeu o treino para que executem o procedimento proposto pelo terapeuta. Essa é apenas *uma* das contingências que controlam seus comportamentos. Existem muitas outras, raramente identificadas e manejadas. E como partir do pressuposto de que, por serem pais, farão o que o terapeuta pedir pelo bem do filho. É um engano. Se a criança em estudo é cliente, os pais também o são. Como tal, as contingências que controlam seus comportamentos devem ser extensamente analisadas. Se isso não ocorrer, eles não se manterão seguindo a orientação. Difícilmente essas análises são comunicadas se é que são feitas, e mio entanto merece um destaque especial o processo de tomada de decisão do terapeuta: que eventos o levam a tomar as decisões que toma, a que ele está respondendo quando atua desta e não daquela maneira? Todas estas questões (e outras) são importantes para a formação de bons terapeutas comportamentais. Na literatura da terapia

comportamental, raramente este tipo de preocupação aparece explicitado.

O fato de que não exista ainda um modelo clínico explícito para o terapeuta comportamental, não quer dizer que ele não possa existir. Há necessidade, porém, de serem criadas condições adequadas para esse avanço. Parece ser um problema de generalização. Generalização do repertório do analista de comportamento para incluir em suas análises outros sujeitos, outros comportamentos, outras situações, outros controles de estímulo, tarefa por demais complexa para ser executada por um único indivíduo. Faz-se necessária a união dos terapeutas comportamentais para que troquem e avaliem suas experiências e comuniquem seus trabalhos de maneira sistemática, porém mais ampla, a fim de que caminhem em direção dessa generalização.

A ausência desse modelo tem uma conseqüência séria. Os comportamentos dos terapeutas comportamentais ficam sob controle de situações-estímulo amplamente variadas, e seus desempenhos incluem classes de respostas diferentes de um terapeuta para outro, muitas delas incompatíveis entre si. Volta-se, então, à questão inicial: o que é terapia comportamental? quem é o terapeuta comportamental? O que se constata quanto à última indagação é que, por um lado, os terapeutas comportamentais usam técnicas semelhantes (algumas, pelo menos) mas, por outro, o restante de seu repertório se diversifica tanto, que poucas vezes pode-se dizer que estão fazendo coisas semelhantes. Dificilmente dois terapeutas comportamentais cabem numa mesma definição específica. Há necessidade de uma detalhada análise das contingências que controlam os comportamentos do *terapeuta*. A preocupação, em geral, tem estado exageradamente voltada para as contingências sobre o *cliente*. Por outro lado, a situação não é mais encorajadora em relação à definição do que é terapia comportamental. Pode-se esbarrar, desde o início, em dois usos diferentes do termo terapia comportamental, segundo Erwin (1978): para referir-se a um determinado paradigma (dito de forma geral, um conjunto de pressupostos teóricos e metodológicos compartilhados pela maioria dos terapeutas comportamentais), ou para um tipo de terapia (uma técnica ou um conjunto de técnicas). Concluiu Erwin (1978): “não há ainda uma definição adequada disponível, certamente nenhuma conseguiu uma aprovação uniforme dos terapeutas comportamentais” (p. 37).

#### ALGUMAS DIFICULDADES PARA A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA COMPORTAMENTAL

Infelizmente, há poucos estudos para caracterizar os clientes que são atendidos pelos terapeutas comportamentais durante sua formação profissional e depois de formados. No entanto, sabe-se que a população que procura as clínicas-escola tem características diversas daquela que procura as clínicas particulares. Surge, então, um paradoxo grave: o repertório que o aluno desenvolve na universidade é pouco adequado para os desafios profissionais fora dela. O problema, novamente, é de generalização, e também complexo. O cliente de clínica-escola aceita uma série de condições que um cliente particular não aceita: seu meio ambiente, as relações interpessoais, os reforçadores a que responde, as pressões sociais que sofre, são radicalmente diferentes daquelas dos clientes que freqüentam uma clínica particular. Ocasionalmente, o aluno pode dedicar-se a um trabalho de certo modo compatível com seu treino. Se isto não ocorre, ele tende a abandonar o modelo de trabalho que aprendeu e busca um outro modelo de atuação, ao invés de ampliar o primeiro. É comum ouvir-se a frase: “a terapia comportamental não serve para a clínica”. Isto demonstra que o preparo para a generalização é inadequado e que generalizar é difícil. Inversamente, há também uma tendência a se trabalhar com a população carente, segundo modelos desenvolvidos para outras realidades. Neste aspecto, o aluno fica privado de desenvolver formas alternativas de

atuação para uma população que poderia ser beneficiada por um trabalho mais ligado a sua realidade.

Há outros problemas referentes ao treinamento propriamente dito. Quais os comportamentos que o professor supervisiona e conseqüência? De modo geral, a supervisão ocorre sobre o comportamento de *dizer* o que aconteceu na sessão. Raramente, o supervisor pode observar diretamente o desempenho do aluno com o cliente. Tipicamente, o aluno descreve sua interação com o cliente ocorre, então, que este comportamento verbal está sujeito a contingências que ainda não foram estudadas. A relação supervisor-supervisionado está sujeita às complexas e pouco conhecidas contingências verbais. Agrava-se com o fato de existir uma relação de poder, com o supervisor na posição dominante. O aluno responde simultaneamente a, pelo menos, dois conjuntos de contingências: aquelas que ocorrem na sessão e aquelas que acontecem na supervisão. À qual deles está ele respondendo preferencialmente: ao que ocorreu na sessão, ou às expectativas do supervisor?

As dificuldades, porém, não param aí. Pediu-se à psicólogos, alunos do curso de especialização<sup>2</sup>, que gravassem as sessões com os clientes. Na supervisão, o aluno fazia uma síntese da sessão, procurando descrever os seus comportamentos e os do cliente. Em seguida, eram ouvidos trechos gravados durante as sessões. O que se concluiu foi que, freqüentemente, o aluno deixava de relatar aspectos considerados relevantes pelo supervisor e pelos próprios colegas, além de ocorrerem distorções na percepção do que o cliente havia relatado e, até mesmo, no que o próprio aluno havia dito. Em suma, os estímulos aos quais os alunos respondiam eram aqueles aos quais eram capazes de responder e não, necessariamente, aos quais deveriam responder: os desempenhos que descreviam eram aqueles que achavam que tinham emitido e não, necessariamente, o que haviam feito. Não é difícil concluir que a supervisão corre o risco de modelar e manter discriminações de funções e estímulo inadequadas, e diferenciações de respostas também indesejáveis.

Outra dificuldade é a desvinculação entre a teoria e a prática. Exceto em algumas universidades, quem ensina não faz. Isso tem resultado em curso com ênfase teórica. Muitas vezes, diante de um caso clínico, o professor procura na literatura um estudo com queixa semelhante e, simplesmente, replica o procedimento. Falta-lhe experiência para transformar seu curso numa vivência clínica. Assim, estudos realizados como pesquisa não enfatizam, necessariamente, aspectos que são críticos num trabalho clínico. Por exemplo, ao se investigar o efeito da ordem dos itens da hierarquia na dessensibilização sistemática de um cliente fóbico, pode não haver interesse imediato na relação entre o cliente e seus familiares. Num trabalho clínico isto, certamente, seria relevante. Além de que, como já se assinalou, um mesmo padrão comportamental pode ter funções diferentes. O trabalho do terapeuta comportamental não é alterar respostas, mas relações funcionais. Enquanto a terapia comportamental não for ensinada por quem realmente a pratica esse problema resultará na formação precária dos alunos.

Até este ponto foram discutidas as dificuldades mais comuns encontradas para a formação conveniente dos terapeutas comportamentais. Em maior ou menor grau, elas estão presentes em poucos cursos de graduação, de especialização, ou de pós-graduação que se propõem formar terapeutas comportamentais. Convém lembrar, porém, que essas críticas, em geral, se aplicam muito bem à formação do psicólogo, mesmo porque no Brasil, atualmente, não existem cursos adequadamente estruturados para formar terapeutas comportamentais. Houve uma tentativa na PUC-SP (Queiróz, Guilhardi, Guedes e Martin, 1976) que foi interrompida. Existem terapeutas comportamentais dando disciplinas teóricas e/ou práticas, mas quase

---

<sup>2</sup> Alunos do Curso de Especialização em Terapia Comportamental do Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.

sempre isoladamente, sem chegar a compor um currículo. Há, também cursos de especialização que, embora razoavelmente estruturados, não chegam, pelo seu próprio objetivo, a propor a formação integral do terapeuta comportamental já que, para se obter essa formação, há necessidade de um preparo do aluno desde a graduação. De qualquer forma, é uma carência do meio profissional psicológico e, em particular, da terapia comportamental. Ainda assim, o grupo de psicólogos interessados numa formação adequada em terapia comportamental tem crescido.

## MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO REPERTÓRIO

Um problema precisa ser, finalmente, tratado. E o da manutenção e desenvolvimento do repertório do terapeuta comportamental, uma vez que ele tenha feito opção para trabalhar nessa área e tenha recebido a formação disponível. Para essa finalidade, o terapeuta deve responder, de preferência simultaneamente, a vários grupos de contingências. Assim:

1) *Contingências geradas pela comunidade-cliente.*

Uma vez que trabalha diretamente com o cliente, o terapeuta comportamental deve ser sensível às expectativas de tal com unidade. Um erro comum é impor a teoria psicológica sobre o cliente; supor que seu referencial está certo e se esconder na teoria. Nem sempre o cliente está “resistindo” ao tratamento. Muitas vezes, o terapeuta está sendo ineficiente mesmo. O cliente controla melhor e mais eficientemente os procedimentos terapêuticos do que a teoria. A teoria deve nortear o profissional, e este, no contato direto com os dados que emanam do cliente, deve revê-la, ampliá-la e consolidar seus aspectos, e não o oposto, isto é, rever e alterar o cliente para salvar a teoria.

2) *Contingências geradas pela comunidade-universitária.* O meio universitário (alunos e professores) exige padrões de respostas diferentes daqueles gerados pelos clientes. Modela e mantém repertórios importantíssimos que os clientes não instalam, já que suas necessidades são diferentes, bem como as características das interações. O terapeuta comportamental, que é também professor universitário, neste particular é um privilegiado.

3) *Contingências geradas pela comunidade científica,* produz atitudes científicas. O profissional não deve gerar conhecimento apenas para si e, quem sabe, para seu cliente. Deve acumular conhecimentos para a Psicologia. Isto exige método, disciplina e atitudes que um treinamento científico fornece. Além do compromisso com sua Ciência, o profissional que se comporta como cientista avalia melhor o que está fazendo no seu dia-a-dia, o que torna seu trabalho mais ético e significativo.

4) *Contingências geradas pela interação com uma equipe.* Ao trabalhar sozinho, o profissional tem menor capacidade de discriminar o que ocorre no seu trabalho. O repertório controlado por uma equipe de profissionais é mais rico, uma vez que se observam condições de estímulos que passaram despercebidas, e criam-se padrões de ação que não ocorreriam, necessariamente, num trabalho isolado. Ensina-se, o que é reforçador, e também se aprende, o que é igualmente reforçador. A equipe de trabalho deve incluir, necessariamente, profissionais da mesma orientação; é desejável que inclua, pelo menos periodicamente, psicólogos com outras orientações e, sempre que possível, deve incluir profissionais de outras áreas que não apenas a Psicologia. Trabalhar em equipe, porém, não é simples. Exige um repertório complexo que precisa ser instalado cuidadosamente.

5) *Contingências geradas pela relação terapêutica.* É recomendável que o terapeuta comportamental se conscientize da importância de submeter-se a uma terapia. O padrão de comportamento do terapeuta é uma das variáveis mais importantes que interferem na sua relação profissional-cliente. O terapeuta comportamental observa, interpreta, interage, sugere,



em função do seu repertório. Pode-se discutir qual o melhor instrumento para isso. Seria a terapia? Por certo, não será o único, mas não se pode negar sua relevância. No entanto, não há necessidade de o terapeuta comportamental fazer terapia com psicólogo da mesma orientação.

## CONCLUSÃO

O ensino universitário brasileiro vive séria crise de identidade, de valores, materiais etc. Como decorrência, o profissional que se forma na universidade sofre as deformações dessa realidade educacional. A formação do psicólogo, portanto, precisa urgente-mente de revisão no que diz respeito ao currículo, às condições de treinamento científico e à habilitação prática. O psicólogo está se formando, porém, sem as condições básicas para exercer a profissão. A formação do terapeuta comportamental está inserida nesse quadro desalentador. Acrescentem-se, ainda, peculiaridades e dificuldades próprias da especialização. Assim, há problemas básicos como divergência sobre a definição do que é terapia comportamental e quais comportamentos básicos definiriam um profissional como terapeuta comportamental. Os comportamentalistas carecem de uma maior união e até quem sabe, de um vínculo formal com uma Associação ou Instituição que favoreça a discussão e encaminhamento das divergências. Independentemente dessas dificuldades, o desenvolvimento crescente da terapia comportamental é uma realidade. O número de terapeutas comportamentais tem aumentado, bem como de clínicas e instituições que usam e ensinam terapia comportamental. A população tem procurado e se beneficiado também de forma crescente. O presente trabalho sistematizou as preocupações para aprimorar a formação do terapeuta comportamental e sugeriu algumas estratégias úteis para esse objetivo.

## Bibliografia

- Alves, R. Pinóquio às avessas. *Folha de S. Paulo*, 21.08.1982, 15.
- Ellis, A. e Grieger, R. *Handbook of Rational-Emotive Therapy*, New York, Springer Publishing Company, 1977.
- Erwin, E. *Behavior Therapy: Scientific, Philosophical and Moral Foundations*. London, Cambridge University Press, 1978.
- Ferster, C. B. Transition from animal laboratory to clinic. *The Psychological Record*. 17:145-150, 1967.
- Guilhardi, H. J. Alteração da paralisia histérica através da instalação de repertórios que produzem conseqüências reforçadoras e diminuem conseqüências aversivas. Trabalho não publicado apresentado na XII Reunião Anual de Psicologia, Ribeirão Preto, 1982.
- Lange, A. e Jakubowsky, P. *Responsibility assertive behavior*. Champaign, III, Research Press, 1976.
- Queiróz, L. O. S., Guilhardi, H. J., Guedes, M. C., e Martim, G. A university program in Brazil to develop psychologists with specialization in Behavior Modification. *The Psychological Record*. 26:181-188, 1976.
- Wolpe, J. *The practice of Behavior Therapy*. New York, Pergamos Press, 1973.