

TERAPIA POR CONTINGÊNCIAS DE REFORÇAMENTO (TCR)

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI

**Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento
Campinas - SP**

Um pouco de História...

Na década de 60 a psicoterapia individual era praticada principalmente por psiquiatras e o modelo quase exclusivamente psicanalítico. Nos cursos de graduação existentes, já então e por muitos anos em seguida, a Psicologia era confundida e identificada com a Psicanálise Freudiana. Muitos conceitos e práticas psicanalistas eram incorporados em múltiplas disciplinas dos cursos como se caracterizassem a prática clínica psicológica (assim, por exemplo, o psicoterapeuta não devia ter qualquer contato com o cliente fora das sessões, os familiares não podiam participar do processo psicanalítico, a sala de atendimento era desprovida de objetos, quadros etc. e reinava cheio de si o divã...)

No meu curso na Puc-Campinas, que iniciara sua primeira turma em 1965, começaram a ser ouvidos ruídos que sinalizavam transformações. A Ciência do Comportamento adotava explícito comprometimento experimental com as Ciências Naturais, seu objeto de estudo era o comportamento e não a mente, os procedimentos de mudanças comportamentais eram validados empírica e experimentalmente em pesquisas com sujeitos infra-humanos, as interpretações eram sempre sistematizações de evidências empíricas e não livre exercício de analogias encontradas na mitologia ou no livre pensar do psicoterapeuta, o modelo médico adotado pela psicanálise foi substituído pelo modelo comportamental nas intervenções psicoterapêuticas e, finalmente, o modelo explicativo mecanicista da psicanálise foi substituído pelo modelo funcional de seleção dos comportamentos pelas suas consequências.

Minha turma se formou em 1969 e em agosto desse ano os ensaios de um modelo comportamental de psicoterapia que estavam germinando durante os quarto e quinto anos do curso de graduação nas atividades de estágio clínico, foram impulsionados para fora dos muros acadêmicos e foi iniciada a primeira Clínica de Modificação de Comportamento no Brasil voltada para a prática de psicoterapia (e não de pesquisa com humanos) com pessoas não institucionalizadas. Desde então as clínicas de psicanálise passaram a conviver com clínicas de psicoterapia comportamental.

A Ciência do Comportamento iniciada e desenvolvida por Skinner permitiu a publicação do primeiro livro dentre outros em 1938, chamado **The Behavior of Organisms**, uma versão comportamental, pode-se dizer, dos clássicos livros de psicologia geral...

A sistematização da metodologia científica desenvolvida por Skinner e seus colaboradores e os resultados experimentais produzidos pela Ciência do Comportamento, inicialmente em sujeitos infra-humanos e gradualmente com pessoas com desenvolvimento atípico ou pacientes crônicos de mental hospitals (hospitais

psiquiátricos) nos Estados Unidos permitiram demonstrar a impressionante regularidade e generalidade das leis dos comportamentos tanto para organismos infra-humanos como para os **Homo sapiens!**

A Análise do Comportamento assim se formalizou como metodologia de pesquisa e elaboração de princípios e leis que regem comportamentos dos organismos, sem se tornar uma área da Psicologia, pois os métodos de Ciências Naturais se aplicavam a pesquisas dos objetos de interesse das áreas tradicionais, tais como psicologia do desenvolvimento, social, percepção, patologia etc.

Em 1958 foi editada a primeira revista científica da área comportamental, que continua sendo publicada até hoje, denominada **Journal of The Experimental Analysis of Behavior**. Dedicava-se a artigos de pesquisa básica (com sujeitos infra-humanos), textos conceituais e progressivamente experimentos com humanos. O volume de artigos com humanos foi crescendo até que em 1968 foi lançado o **Journal of Applied Behavior Analysis**, focado na publicação de artigos experimentais com pessoas com déficits e excessos comportamentais.

O que se conseguiu até então foi desenvolver tecnologia de **modificação de comportamento**, tanto de infra-humanos como de humanos sempre com enfoque em pesquisa, quer em laboratórios, quer em instituições psiquiátricas, quer em residências para portadores de desenvolvimento atípico. **Não havia nenhum modelo de psicoterapia para lidar com pessoas com perturbações comportamentais e emocionais em consultório de atendimento clínico.**

Enquanto isso... Skinner em 1945 publicou um artigo denominado **The Operational Analysis of Psychological Terms** em que apresentou a filosofia da Ciência do Comportamento – qual seja o Behaviorismo Radical ou o Behaviorismo Operante de Skinner (denominação sugerida por Catania). Seguiram-se numerosos livros conceituais, merecendo destaque **Science and Human Behavior (1953)**, **Verbal Behavior (1957)**, **Contingencies of Reinforcement (1969)**, **Beyond Freedom and Dignity (1971)**, **About Behaviorism (1974)** entre outros. Esses livros tiveram o alcance de trazer os dados da Ciência do Comportamento para a vida do ser humano, propondo um novo paradigma conceitual a respeito dos comportamentos do **Homo sapiens**.

À época esses livros não eram acessíveis a nós no Brasil, devido a dificuldades de importação e acesso a eles. Ainda estávamos na época da máquina de datilografia, mimeógrafo a álcool (ainda não existia cópias em Xerox), comunicação por correio e nem sequer sonhávamos com os prodígios da internet! Havia muito para ser lido, mas pouco acesso a esse maravilhoso acervo....

Abrimos a clínica – Luiz Otávio, nosso professor, e cinco de seus alunos (entre os quais eu estava) começamos a praticar modificação de comportamento órfãos de um pai psicoterapeuta. Tínhamos que fazer a passagem dos estudos de laboratório para o contexto clínico em busca de um modelo de psicoterapia que pudesse ser chamado de Comportamental. Havia sempre presente um conflito: como atender simultaneamente duas comunidades: a dos cientistas que esperam comportamentos de pesquisadores e a dos clientes que esperam resultados significativos para suas dores?

Chegou – por essa época – às minhas mãos dois livros de Joseph Wolpe: **Psychotherapy by Reciprocal Inhibition (1958)** (onde ele expõe a adoção do conceito de inibição recíproca desenvolvido na neurofisiologia para o tratamento de neuroses) e **The Practice of Behavior Therapy (1970)** (onde apresentou as suas principais técnicas psicoterapêuticas: Treino de Assertividade, Dessensibilização Sistemática e Tratamento de Respostas Sexuais Problemáticas).

O vínculo de Wolpe (médico psiquiatra de formação e que se iniciara nas atividades de psicoterapeuta adotando o modelo psicanalítico) com a área comportamental não se deu via comportamento operante, mas via outros teóricos associados com os trabalhos de Pavlov, Bandura, Albert Ellis, Eysenck, Sherrington, Hull, Jacobson, Salter entre outros. Aliás todos estranhos ao modelo que conhecíamos. Houve um importante argumento para nossa aproximação com Wolpe: ele tratava de “neuróticos” (sic) em clínica para pessoas não institucionalizadas (em inglês para “out patients”) e sua atividade clínica estava muito perto do que nos faltava: o modelo de tratamento em consultório; embora estivesse muito distante dos conceitos e procedimentos operantes que nos eram familiares.

A denominação **Modificação de Comportamento** (usada pela comunidade operante para se referir a estudos de aplicação, sempre em contexto experimental, com humanos) não sobreviveu. Não estava alinhada com a história da comunidade que buscava auxílio psicoterapêutico no Brasil. A expressão Terapia Comportamental despertava um senso de familiaridade e assim prevaleceu.

A adoção de “pais” conceitualmente estranhos à nossa origem operante não se estendeu sem conflitos. Chamei essa fase de primeiro equívoco conceitual. Alguns permaneceram numa união conceitualmente incompatível. Há razões para casamentos improváveis perdurarem, mas não por boas razões.

Fui me diferenciando na busca de um modelo psicoterapêutico que me satisfizesse. Cometi um segundo equívoco conceitual ao me aproximar do modelo cognitivo de Albert Ellis, que posteriormente foi escamoteado com o adjetivo cognitivo-comportamental para parecer – sem realmente ser – uma psicoterapia comportamental. Meu segundo equívoco se corrigiu rapidamente. Passei a interagir, em carreira solo, com as contingências de reforçamento providas de meus clientes e as contingências de reforçamento oriundas de um estudo mais sistemático da Análise do Comportamento Experimental e Aplicada e dos textos do Behaviorismo Operante de Skinner e também uma expansão inovadora delas para a atividade psicoterapêutica em clínicas que se propõem a prestar serviços à comunidade. Tais interações entre contingências de uma fonte e de outra foram selecionando meus comportamentos. Me aprofundi mais e mais nos escritos de Skinner e na pesquisa básica operante até conceber a sistematização de uma terapia operante, a qual denominei de **Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)**. A TCR é uma sistematização a partir das contribuições da Análise do Comportamento e também uma expansão delas para a atividade psicoterapêutica de consultório. Hesitei em reconhecer a paternidade da TCR como uma versão com dimensões apropriadas para o contexto clínico. Seria a TCR um modelo de terapia genuinamente operante a ser aplicado e desenvolvido em contexto clínico de prestação de serviços psicoterapêuticos que busquei desde muito cedo no processo de minha formação como psicoterapeuta? Atrevi-me a ensiná-la, reavaliá-la continuamente e enriquecê-la com meus clientes e alunos. Cheguei o mais perto que consegui de servir a três comunidades: dos pesquisadores, dos clientes

e dos alunos. Atualmente, acredito, que os estudantes que pretendem ser psicoterapeutas modificadores de comportamentos operantes não estão mais órfãos!

Vamos conhecer a TCR...

1. O que é Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)?

A Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) é uma dentre as varias Terapias Comportamentais. A TCR, sistematizada, desenvolvida, divulgada, aplicada e ensinada por Guilhardi (2004), tem se apresentado como uma nova proposta psicoterapêutica, dentro do campo clínico mais abrangente conhecido como Terapia Comportamental. Estudos de casos conduzidos de acordo com a TCR podem ser encontrados em Guilhardi (2005), Guilhardi (2004a) e Queiroz e Guilhardi (2001). A proposta básica da TCR é que o psicoterapeuta comportamental, embora se interesse pelos comportamentos e sentimentos do cliente, não trabalha diretamente com eles. Tem que fazê-lo lidando com as contingências de reforçamento das quais comportamentos e sentimentos são função. O instrumento de ação de que o psicoterapeuta dispõe no processo terapêutico são as contingências de reforçamento. A denominação TCR é, assim, descritiva daquilo que o psicoterapeuta faz.

A TCR é completa e exclusivamente comprometida com a Ciência do Comportamento (Skinner, 1953) e com o Behaviorismo Radical (Skinner, 1945 e 1969). A Ciência do Comportamento, mais especificamente a Análise Experimental e a Análise Aplicada do Comportamento, oferece os procedimentos de mudanças comportamentais, de coleta e sistematização de dados utilizados no processo terapêutico. Ainda mais, oferece o modelo de organização dos eventos comportamentais como fenômenos interacionais do organismo humano com o ambiente, eventos funcionais compreendidos a partir das contingências de reforçamento que os regulam. Propõe, enfim, os princípios básicos que regem todas as classes de comportamentos humanos. O Behaviorismo Radical – filosofia da Ciência do Comportamento – oferece uma concepção do ser humano e de sua inserção no mundo natural. Sistematiza a interação do Homem com o ambiente em que vive, de tal forma que emerge em primeiro lugar a concepção monista de homem: tudo é comportamento e todos os comportamentos – encobertos e públicos – são da mesma natureza; em segundo lugar, descreve o mecanismo interacional do homem com seu ambiente, pelo qual a ação humana produz consequências no ambiente e, reciprocamente, é influenciado pelas mesmas consequências que gerou, ou seja, o Homem é sujeito e objeto da sua existência; e, em terceiro lugar, propõe que o estudo dos comportamentos e dos sentimentos humanos se baseia na sistematização e manejo das interações entre contingências de reforçamento das quais são função, excluindo do sistema explicativo causas ou determinações internas inventadas, tais como o eu (self), a mente etc., bem como rejeita a concepção (a qual alicerça a Terapia Cognitivo-comportamental) de que comportamento (e sentimento) causa comportamento (e sentimento). Todos os fenômenos comportamentais humanos são objetos de interesse, análise e intervenção da TCR. Todos os comportamentos, sejam eles públicos ou encobertos são manifestações do organismo, logo possuem a mesma natureza e são regidos pelas mesmas leis naturais e,

como tal, todos devem ser levados em conta no processo terapêutico. Skinner (1974) assim se expressou:

“Os seres humanos atentam para o mundo em que vivem ou o desdenham. Buscam coisas nesse mundo. Generalizam a partir de uma coisa para outra. Discriminam. Respondem a aspectos únicos ou a conjuntos especiais de aspectos como “abstrações” ou “conceitos”. Resolvem problemas agrupando, classificando, organizando e reorganizando coisas. Descrevem coisas e respondem às suas descrições, bem como às descrições feitas por outros. Analisam as contingências de reforço em seu mundo e extraem planos e regras que os habilitam a responder apropriadamente sem exposição direta às contingências. Descobrem e usam regras, formulando novas regras a partir das antigas. Em tudo isto, e em muito mais, estão simplesmente se comportando e isso é verdade mesmo quando estão se comportando de forma encoberta. Uma análise comportamental não rejeita nenhum desses ‘processos mentais superiores’, pelo contrário, se engaja na investigação das contingências sob as quais ocorrem. O que ela rejeita é a suposição de que atividades comparáveis ocorrem no mundo misterioso da mente. Tal suposição, pode-se dizer, é uma metáfora injustificada e perigosa.” (p. 223) (grifos adicionados).

Pode-se concluir que a TCR inclui pensamentos, imagens, cognições, ideias etc. (não importam os termos adotados, desde que sejam conceituados como comportamento) como objeto de investigação na análise e intervenção terapêuticas. No entanto, de forma completamente distinta das concepções cognitivo-comportamentais, não lhes atribui função causal, distinção tão fundamental entre as duas propostas terapêuticas, que não cabe colocá-las (TCC e TCR) como pertencentes a um mesmo referencial conceitual. Tais eventos encobertos são instalados, modificados e mantidos por contingências de reforçamento atuais e as funções que apresentam foram adquiridas no processo de desenvolvimento da pessoa, como resultado da história de contingências a que foi exposta, ou seja, são comportamentos causados a serem explicados e não causas que explicam comportamentos e sentimentos. Não basta os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais afirmarem que comportamentos e sentimentos disfuncionais são determinados por pensamento disfuncionais e que alterando estes na direção proposta no processo terapêutico comportamentos e sentimentos indesejados se modificam. É imprescindível demonstrar quais procedimentos são empregados para mudar tais pensamentos. Ao fazerem isso, estarão, provavelmente, falando, com diferentes níveis de consistência, de manejo de contingências de reforçamento, das quais tais pensamentos são função. (Para uma análise conceitual mais específica das distinções conceituais entre TCR e TCC, leia Copque e Guilhardi, 2009). Uma característica essencial da TCR é a descrição tecnológica dos procedimentos terapêuticos utilizados, o que permite a replicação do que ocorreu nas sessões e, portanto, uma avaliação objetiva dos determinantes das mudanças. Outra característica básica é a conceituação e integração de todos os fenômenos comportamentais que ocorrem na terapia, dentro de um arcabouço conceitual sistemático, estritamente comportamental, o que permite tornar todo o processo terapêutico consistente com a Ciência do Comportamento e com o Behaviorismo Radical.

A TCR aceita a distinção didática proposta por Skinner (1938) entre respondentes e operantes, mas, na prática, reconhece que é a interação operante-respondente a que

melhor descreve os fenômenos comportamentais. Neste tópico, há uma importante distinção da TCR em relação às propostas de Wolpe (1958) e seguidores. Tais autores adotam construtos teóricos de Hull, Pavlov e Sherrington sobre o funcionamento de mecanismos que seriam próprios do sistema nervoso (convém explicitar que conceitos teóricos são distintos de fenômenos neurofisiológicos demonstrados. Estes últimos, não obstante possam ocorrer subjacentes aos fenômenos comportamentais, não são objeto de estudo e de intervenção do analista do comportamento. Os primeiros são puras invenções). Desta forma, a TCR não adota o modelo explicativo que tais autores atribuem ao funcionamento respondente. Não se trata, por certo, de negar a presença dos componentes respondentes e, eventualmente, a sua predominância sobre os componentes operantes em determinados eventos comportamentais. Trata-se de excluir a explicação baseada em mecanismos neurofisiológicos conceituais, tais como o princípio de inibição recíproca, que é um termo teórico e não fisiológico, e evitar incluir nas explicações comportamentais aquilo que Skinner (1953) denominou de “causas internas” (p.27): neurais, psíquicas e conceituais. (Não confundir os procedimentos experimentais – estes aceitos – usados pelos autores, tais como os experimentos de Wolpe com gatos e de Pavlov com cachorros, com as explicações teóricas ou os construtos hipotéticos, sugeridos pelos mesmos autores: Wolpe recorreu à “inibição recíproca” e Pavlov estava mais interessado nos mecanismos das atividades cerebrais superiores, responsáveis pela salivação condicionada, do que no procedimento experimental que a eliciava. As teorizações de ambos foram além das evidências factuais). A seguinte frase de Skinner (1989) resume a posição da TCR em relação ao uso de “causas internas” (mentalistas) atribuídas ao comportamento respondente: “Tem-se dito frequentemente, por exemplo, que o cachorro de Pavlov associou o som com a comida, mas foi Pavlov quem os associou, no sentido de colocá-los juntos, fazendo uma associação entre eles. Tudo que podemos dizer do cachorro é que o reforço o mudou, de tal modo que respondeu ao som como havia respondido à comida.” (p.128).

Ainda Skinner (1953), em defesa do procedimento experimental, escreveu:

“Apenas uma descrição quantitativa dará certeza de que não há nenhum processo mental adicional no qual o cachorro ‘associa o som com a ideia comida’ ou na qual ele saliva porque ‘tem expectativa’ de que a comida aparecerá. Pavlov só poderia deixar de lado conceitos de tal tipo quando pudesse dar uma explicação quantitativa completa da salivação em termos de estímulo, resposta e história de condicionamento.” (pp.53-54).

Mais especificamente sobre a superposição operante-respondente, Skinner (1974) destacou que:

“a diferença básica [entre condicionamento operante e respondente] não está na topografia dos sistemas de resposta [pois, alega-se que o condicionamento respondente é apropriado ao sistema nervoso autônomo e o condicionamento operante à musculatura esquelética] e sim nas contingências. Os arranjos ambientais que produzem um reflexo condicionado são bem diferentes daqueles que produzem o comportamento operante, independentemente dos respectivos sistemas. (O fato de os dois processos poderem fazer parte de uma mesma dada situação tampouco significa que constituam o mesmo processo. “Uma criança que esteja adquirindo comportamento operante também adquire, sem

dúvida, reflexos condicionados, e o cão de Pavlov, embora limitado pela situação experimental, foi operantemente reforçado de forma adventícia pela apresentação ocasional de comida). Temos de esperar para ver quais processos de aprendizagem o fisiologista, eventualmente, descobrirá através de observação direta e não por meio de inferência; enquanto isso as contingências permitem uma distinção útil e importante.” (pp. 66-67) (grifos adicionados).

Skinner, em outro texto (1989) escreveu:

“Os psicoterapeutas se preocupam tanto com o que as pessoas fazem, quanto com o que elas sentem. Os psicoterapeutas comportamentais atribuem o que é feito a dois tipos de consequências seletivas: comportamento inato [atribuído] à seleção natural e comportamento aprendido [atribuído] ao reforçamento operante. Um exemplo específico é usualmente produto conjunto de ambos. Há um lado operante na emoção. O medo não é apenas resposta de glândulas e musculatura lisa; é também uma probabilidade reduzida de se mover para perto do objeto temido e uma probabilidade aumentada de se afastar dele. O lado operante da raiva é uma maior probabilidade de ferir alguém e uma menor probabilidade de agradá-la.” (p.75).

Nevin (2009) propôs uma distinção entre contingências resposta-reforço (contingência operante) e estímulo-reforço (contingência respondente ou pavloviana). Colocar ênfase no papel das contingências ambientais, ao invés de colocá-la no funcionamento dos sistemas orgânicos subjacentes aos comportamentos (esta posição última, claramente, estruturalista) encontra apoio experimental nos estudos em que respostas respondentes são manejadas por procedimentos operantes.

Em relação aos componentes operantes e respondentes de qualquer episódio comportamental, o que importa são os procedimentos (basicamente manipulações do ambiente) em interação com as manifestações do organismo. As explicações que vão além dos fenômenos observados devem ser abandonadas. Os procedimentos de dessensibilização sistemática de Wolpe, adequadamente descritos, puderam ser reavaliados experimentalmente por outros autores (Bandura 1979, cap. 7), excluindo o conceito de inibição recíproca, por ele utilizado como explicação das mudanças comportamentais observadas. Analogamente, o procedimento de condicionamento de Pavlov permanece, independentemente do que ele possa ter dito sobre as funções cerebrais superiores.

O papel do comportamento verbal no processo terapêutico merece um destaque especial, uma vez que a maior parte das interações entre psicoterapeuta e cliente é verbal. A partir de Skinner (1957), o que realmente importa não é a resposta verbal, mas de quais contingências de reforçamento o comportamento verbal é função. O interesse do analista de comportamento deve estar voltado para os determinantes do comportamento verbal; assim sendo, as maneiras pelas quais a resposta verbal se expressa e o conteúdo semântico em si são de importância questionável, já que tais interesses revelam a adoção de uma forma de estruturalismo. Para Skinner (1974):

“o significado de uma resposta não está em sua topografia ou forma (este é o engano do estruturalista, não do behaviorista); deve ser buscado em sua história antecedente.” [...] “o significado não é corretamente visto como uma propriedade da resposta ou da situação, mas sim como propriedade das contingências responsáveis pela topografia do comportamento e do controle exercido pelos estímulos.” (pp. 90-91). Finalmente, “O equívoco é um exemplo de estruturalismo: não é o que é dito, mas por que foi dito que deve ser levado em conta.” (p.232) (grifo no original).

O comportamento verbal, que ocorre entre terapeuta e cliente, contribui, acrescente-se, para que o terapeuta possa compor as contingências de reforçamento que operam no cotidiano do cliente e que determinam ações (incluindo aqui o próprio comportamento verbal) e sentimentos. São, no entanto, as manifestações comportamentais, previsíveis a partir das contingências de reforçamento (as quais, por serem sujeitas a leis claramente descritas pela Ciência do Comportamento, tornam os fenômenos comportamentais ordenados, previsíveis e manipuláveis), que confirmarão ou refutarão a fidedignidade do relato verbal. Assim, uma mãe que verbaliza que está usando procedimento de extinção, enquanto o comportamento de interesse não diminui em frequência, certamente não está fazendo um relato preciso.

A TCR não é exclusivamente verbal e nem se restringe ao contexto da sala de atendimento na clínica. Uma vez que seu foco de interesse é detectar as contingências de reforçamento que operam na rotina do cliente, quaisquer estratégias que maximizem o acesso a tais contingências são utilizadas. Desta forma, observações das interações do cliente no seu ambiente de vida são feitas pelo terapeuta ou por acompanhantes terapêuticos devidamente treinados para tal função. Também são utilizadas interações (entrevistas, observações etc.) com pessoas significativas para o cliente, desde que devidamente autorizadas por ele. Há importantes diferenças entre observar diretamente os eventos comportamentais (isto é, as interações entre eventos antecedentes, respostas e eventos consequentes), conforme ocorrem no contexto natural da vida do cliente e ter acesso a eles a partir de comportamento verbal que se refere aos eventos comportamentais. Há, adicionalmente, importantes diferenças entre manejo direto das contingências de reforçamento (por ex., apresentação ou remoção de reforços positivos, apresentação de SDs ou SΔs, uso de modelagem, fading-in, fading-out de estímulos etc.) e dar instruções para o cliente fazer manejo das contingências de reforçamento. Há, ainda, importantes diferenças entre observar e mensurar diretamente as mudanças comportamentais produzidas pelo rearranjo de contingências de reforçamento e ouvir relatos sobre tais mudanças comportamentais. Finalmente, há importantes diferenças entre instalar um comportamento no ambiente de vida do cliente sob controle de estímulos e de consequências naturais típicas do contexto e o manejo de contingências de reforçamento arbitrárias, as quais, usualmente, são as únicas que o terapeuta tem a seu dispor dentro da sala de atendimento.

Além de ir até o ambiente natural do cliente e influenciar ali diretamente os comportamentos dele e das pessoas socialmente relevantes da vida da pessoa, o terapeuta também pode fazer manejo direto das contingências de reforçamento dentro da sessão.

As maneiras de influenciar diretamente os comportamentos do cliente na sessão e extrassessão, por sua vez, interagem e são complementadas pelas contingências verbais, basicamente, instruções verbais, governo de comportamentos através de regras, descrições de contingências de reforçamento, questões e comentários do terapeuta que produzem autoconhecimento etc. Conclui-se que o papel do terapeuta, em todas as condições em que atua, é identificar e manejar contingências de reforçamento.

Finalmente, a TCR considera que os comportamentos humanos são função da interação entre a história genética (que, no entanto, não é objeto de intervenção do analista de comportamento), a história de contingências de reforçamento a que a pessoa se expôs e as contingências de reforçamento atuais. A história de contingências de reforçamento permite identificar a origem das funções de estímulos apresentados presentemente, bem como os padrões comportamentais característicos do indivíduo. No entanto, o conhecimento da história de contingências de reforçamento não explica completamente a presente função dos estímulos e os padrões comportamentais atuais, uma vez que todas as contingências de reforçamento a que o indivíduo foi e está sendo exposto compõem uma rede de influências recíprocas. O que deve ser explicitado, porém, é que a ação do terapeuta se restringe a influenciar as contingências de reforçamento que estão operando no momento – as principais e únicas fontes de controle que podem, se for o caso, serem alteradas. O conhecimento da história de contingências, porém é fundamental para uma intervenção mais apropriada. Assim, por exemplo, uma história de vida em que o cliente viveu sob contingências coercitivas deve ter desenvolvido amplo e complexo repertório de comportamentos de fuga-esquiva (caracterizado, basicamente, por mentir, omitir, pospor comportamentos, verbalizar de maneira sedutora etc.), bem como extrema sensibilidade à crítica e (pasmem!) pequena sensibilidade ao elogio, à aprovação etc. (em geral, tais eventos sociais advindos do terapeuta tendem a ser interpretados como sinais de que a crítica não virá e têm pequena função de fortalecer os comportamentos que os produziram). Como tal, o terapeuta deve estar sob controle de tais informações (advindas de profundo conhecimento da Ciência do Comportamento) e analisar criteriosamente os controles determinantes dos comportamentos verbais do cliente, bem como avaliar as funções que suas intervenções têm para o cliente (um elogio pode não ter função de reforço positivo, e uma consequência aversiva devastadora). Ou seja, a história de contingências e a função das contingências atuais se complementam para explicar os comportamentos e sentimentos presentes. Assim, por exemplo, uma resposta instalada no passado por reforçamento negativo (comportamento de fuga-esquiva) pode estar sendo mantida hoje por reforçamento positivo. Pode ocorrer, porém, que o fenótipo da contingência de reforçamento atual seja de reforçamento positivo, mas o comportamento esteja sendo funcional e supersticiosamente mantido por reforçamento negativo, possibilidade que está demonstrada amplamente em estudos sobre esquiva não sinalizada (Sidman, 1953), nos quais o sujeito experimental continua emitindo o comportamento de esquiva, mesmo depois que o evento aversivo não está mais sendo programado. A habilidade do terapeuta em detectar as contingências de reforçamento que estão funcionalmente operando e descartar aquelas que apenas parecem estar mantendo o comportamento de interesse, faz a diferença essencial entre intervenção bem sucedida e ação espúria. O acesso à história de contingências permite uma compreensão mais abrangente dos comportamentos e sentimentos do cliente. Deve-se concluir, no entanto, que o

terapeuta não produz mudanças comportamentais esperadas manejando contingências de reforçamento passadas. O passado não pode ser alterado. Quando o terapeuta discute com o

cliente a história de desenvolvimento, pode-se afirmar que o tema da sessão foi o passado, mas a ação terapêutica eficaz é presente. As alterações comportamentais ocorrem a partir de mudanças nas contingências de reforçamento atuais.

2. Qual o pressuposto básico da Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)?

Os comportamentos e os sentimentos humanos são mutáveis. Podem ser alterados, desde que sejam alteradas as Contingências de Reforçamento das quais são função.

Os déficits e excessos comportamentais podem ser alterados na direção desejada. Sentimentos aversivos podem ser substituídos por sentimentos bons e amenos; sentimentos bons, por sua vez, não se mantêm espontaneamente, têm que ser cultivados. E qual o instrumento fundamental de que dispõe o ser humano para produzir as mudanças que se fazem necessárias? Seu próprio comportamento. O ser humano pode ser sujeito e objeto de sua própria história. O conceito subjacente a tal conceituação central da TCR é o de comportamento operante. O homem atua no seu contexto e produz consequências - neste sentido, é sujeito ativo da construção de sua história -; a consequência que seu comportamento produziu, por sua vez, o influencia – neste sentido, torna-se objeto de seu desenvolvimento.

O psicólogo clínico se interessa, em última análise, pelos comportamentos e sentimentos do cliente, mas trabalha, de fato, com contingências de reforçamento. Explicando melhor, as contingências de reforçamento produzem comportamentos e sentimentos e, somente alterando tais contingências de reforçamento, os comportamentos e sentimentos podem ser alterados. Conclui-se, a partir do exposto, que o psicoterapeuta que adota a TCR lida com sentimentos e comportamentos que são aversivos para o cliente, aqueles que o fazem sofrer, desenvolvendo novos repertórios de comportamentos e novos sentimentos, que tornam sua vida mais amena e feliz. A melhora do cliente consiste sempre no seu crescimento, o que se alcança pela instalação de comportamentos que produzem consequências que lhe são caras e pela ampliação de sentimentos amenos de satisfação, de alívio, de paz. O psicoterapeuta deve mostrar para o cliente, usando uma expressão do poeta inglês W.H. Auden, uma “chama afirmativa”. Quem a alimenta é o próprio cliente.

3. O que são Contingências de Reforçamento (CR)?

São as unidades básicas de análise e compreensão dos comportamentos e sentimentos humanos e os instrumentos necessários e suficientes para influenciá-los.

Quando alguém observa o que uma pessoa faz (pode ser uma ação operante ou uma ação emocional ou afetiva), não consegue compreender o significado daquilo que observa. Uma pessoa corre, ou chora, ou fala seu nome, ou limpa um móvel, ou fica vermelha, ou grita, ou escreve... e daí? O significado de um comportamento não está na ação em si, mas naquilo que o determina. Uma resposta não é um comportamento. Para compreendermos uma ação e alçá-la ao status de comportamento, temos que relacioná-la com eventos antecedentes e eventos consequentes a ela, funcionalmente interligados. A unidade mínima para a compreensão de um comportamento chama-se tríplice contingência. Assim, se uma professora pede a um aluno de seis anos que dê um grito parecido com o do Tarzan (o pedido da professora é o evento antecedente), e Joãozinho grita, procurando imitar o Homem-Macaco (é a resposta), e a professora o elogia dizendo que ele tem pulmões de aço e a classe ri de forma aprovadora (consequências), então nós compreendemos por que Joãozinho gritou daquele jeito durante a aula. A resposta foi gritar, mas o comportamento poderia ter outro nome: obedecer ou atender a uma solicitação da professora. Se o grito ocorresse sem tais informações, poderíamos dizer que o comportamento de Joãozinho foi de bagunçar a aula, de agredir a professora, ou até poderíamos supor que estava apresentando um surto psicótico...

Contingências de reforçamento são unidades para análise e intervenção sobre os comportamentos e os sentimentos das pessoas. A contingência de reforçamento mais simples é composta por três termos, daí ser conhecida por tríplice contingência de reforçamento. (Existem outras mais complexas, compostas por quatro, cinco e mais termos.) As CR mostram as interações entre as pessoas e seu ambiente (físico e social).

O primeiro termo da tríplice contingência é o antecedente, o segundo é a resposta (da pessoa) e o terceiro é a consequência. Quando os três termos são conhecidos, e são determinadas as inter-relações entre eles (todos os três se influenciam reciprocamente e de modo dinâmico), pode-se dizer que comportamentos e sentimentos, por eles determinados, foram “explicados”. Assim, por exemplo, como se explicam os comportamentos de um motorista num semáforo? Um evento antecedente (luz verde) estabelece a ocasião em que uma determinada resposta (avançar com o carro) terá consequências que manterão o comportamento de dirigir (chegar ao destino, por exemplo); por outro lado, um outro evento antecedente (luz vermelha) estabelece a ocasião em que a mesma resposta (avançar com o carro) terá uma consequência que enfraquecerá o comportamento de ir em frente (uma multa ou um acidente, por exemplo).

Podemos apontar um outro exemplo ilustrativo, mais complexo, da operação das CR na vida cotidiana. Uma pessoa relata que tem estado muito “ansiosa” (ela está, portanto, se queixando de um sentimento). O sentimento nomeado como “ansiedade” é produzido da seguinte maneira, de acordo com o paradigma de CR:

ANTECEDENTES – RESPOSTAS -> CONSEQÜÊNCIAS ANTECEDENTES:

Um evento com função pré-aversiva, isto é, que sinaliza o aparecimento de um evento aversivo. Por exemplo, o ambiente de trabalho pode ser uma condição que adquirir função aversiva, devido ao que ocorre nos dois itens seguintes (um ambiente de trabalho não é necessariamente aversivo; pelo contrário, pode ser agradável, desde de que os eventos dos dois itens seguintes sejam diferentes daqueles abaixo descritos).

O antecedente é o ambiente de trabalho, portanto.

RESPOSTAS:

Ocorrem reações emocionais da pessoa e os comportamentos operantes emitidos na condição aversiva não alteram a condição adversa. Por exemplo: quando chega no trabalho, a pessoa passa a sentir estados corporais aversivos que ela nomeia de “ansiedade”. Ao mesmo tempo, ela não sabe quais comportamentos profissionais e sociais deve emitir (apresenta um déficit comportamental naquela situação) para alterar as condições aversivas presentes no trabalho.

Neste caso, portanto, não há nenhuma resposta operante funcional.

CONSEQÜÊNCIAS:

Eventos, em geral de natureza social, que têm função aversiva para aquela determinada pessoa, os quais ela não consegue evitar ou alterar. Por exemplo: um chefe autoritário, que está sempre criticando asperamente seu funcionário, sem que este tenha claro o que fazer para melhorar a relação profissional.

Diante do exposto, fica claro que a pessoa não é intrinsecamente ansiosa. São as contingências de reforçamento (no exemplo, apresentamos o paradigma comportamental que produz “ansiedade”) que a tornam ansiosa. É de se esperar que em outros ambientes (com a família em casa, com os amigos em situações de lazer), ela não se sinta ansiosa, pois em tais outros contextos as CR não são produtoras de ansiedade.

Se as CR do trabalho forem intensas e contínuas, pode ocorrer uma generalização do estado de ansiedade para outros ambientes (aqueles que não produzem diretamente ansiedade), o tempo todo (a pessoa não consegue se “desligar” da condição de trabalho, mesmo em horário de descanso). Neste caso, as CR que não produzem ansiedade (produzem outros sentimentos, digamos, agradáveis) perdem sua função, devido à intensidade e à persistência das CR aversivas. Ocorre, então, uma ansiedade recorrente e generalizada (em geral, chamada de “neurótica”), a qual, se for muito intensa, pode dar origem à chamada “síndrome do pânico”, que pode exigir tratamento médico e psicológico.

Qualquer exemplo de comportamento ou de sentimento, para ser corretamente analisado, deve ser expresso na forma de contingências de reforçamento.

O tratamento psicoterapêutico, no exemplo de ansiedade profissional apresentado, deve enfatizar mudanças nas CR em operação. Alguns objetivos poderão ser elaborados pelo cliente com o psicoterapeuta, conjuntamente, tais como:

- a. desenvolver no cliente um repertório de comportamentos que lhe permita alterar as ações aversivas apresentadas pelo chefe na interação com ele;
- b. mudar de emprego, optando por um ambiente de trabalho mais justo e acolhedor;
- c. avaliar a origem da função aversiva dos comportamentos do chefe: são aversivos para pessoas de modo geral ou o são apenas para o cliente em

particular, que lhes atribui uma função aversiva (não reconhecida pelos outros funcionários), decorrente de sua história de vida em particular?

- d. desenvolver repertórios de comportamentos que gerem consequências reforçadoras positivas (gratificantes) no contexto de trabalho e, num sentido mais abrangente, também em outros contextos.
- e. etc..

O psicoterapeuta e o cliente decidem qual objetivo deve ser almejado. Para cada objetivo, haverá estratégias psicoterapêuticas específicas.

Como se pode constatar, o tratamento visa a alterar as contingências coercitivas em operação, substituindo-as por outras contingências reforçadoras positivas amenas. A pessoa, neste sentido, se torna um agente ativo do processo de mudança de seus sentimentos, na medida em que – com ajuda do psicoterapeuta – identifica e descreve as CR em operação, que geram ansiedade (torna-se consciente delas); altera tais contingências através da emissão de comportamentos (a mera consciência somente nos torna aptos para conhecer o que está determinando os sentimentos aversivos, mas não nos instrumentaliza para produzir mudanças; a pessoa precisa se comportar para alterar a realidade). Comportar-se é a única maneira de que a pessoa dispõe para influenciar o mundo em que vive.

4. A Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) trabalha com problemas afetivos?

Sim! O tempo todo.

As pessoas, o tempo todo, se comportam enquanto sentem e sentem enquanto se comportam. É difícil indicar situações em que comportamento e sentimento ocorrem isolados. Comportamento é sentimento; sentimento é comportamento. Quando Aristóteles afirmou que o ser humano é um ser racional, induziu a equívocos na concepção do Homem: melhor seria afirmar que o ser humano também é racional, pois ele é, essencialmente, um ser emocional. A seleção darwiniana, quase certamente, selecionou a espécie humana primeiramente com a capacidade de reagir emocionalmente ao ambiente. As capacidades cognitiva e racional e o comportamento verbal foram desenvolvidos tardiamente. O núcleo de qualquer processo psicoterapêutico deve levar em conta, sem dissociá-los, os níveis comportamental e afetivo-emocional do ser humano. O que ocorre na clínica é, em geral, uma distinção arbitrária entre sentimentos e comportamentos, feita pelo cliente nas queixas espontâneas: uns dão ênfase aos excessos ou déficits comportamentais (“preciso parar de beber”, “preciso perder peso”, “sou desorganizado e indisciplinado”, “não sei atuar em situações sociais” etc.); outros dão ênfase aos sentimentos (“sou muito inseguro e ciumento nas relações afetivas”, “sou

fóbico e tenho medos que me impedem de levar uma vida normal”, “sofro de depressão”, “sou muito ansioso”, “tenho ataques de pânico”, “não sei viver sozinho”, “tenho baixa autoestima” etc). No entanto, todas essas queixas sempre são compostas por componentes afetivos e comportamentais. Tudo é comportamento, enfim. E, ao trabalhar com todas as queixas, o psicoterapeuta deve levar em conta comportamentos e sentimentos. Seria, portanto, conceitualmente equivocado afirmar que o psicoterapeuta pode trabalhar apenas com comportamentos ou apenas com sentimentos. O ser humano não pode ser dividido arbitrariamente em duas metades. Trabalhamos com o ser humano integral, com sua totalidade. Nada menos que isso.

5. A Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) tem resultados mais rápidos que outros processos psicoterapêuticos?

Não se deve fazer esse tipo de comparação.

Tais comparações se baseiam em pressupostos equivocados. Não se pode comparar processos psicoterapêuticos que: definem “resultado” de maneiras diferentes; definem o papel do psicoterapeuta de modos diversos; têm concepções distintas de “doença mental” e de natureza do “psiquismo”. Não são comparáveis, enfim. Logo, a questão proposta não é legítima. Pode-se, porém, apresentar algumas características que definem a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR).

Pode-se afirmar: que o psicoterapeuta, que adota o modelo de trabalho da TCR, tem uma interação direta com o cliente, isto é, lida com os comportamentos como eles se expressam e busca quais são seus determinantes; que a TCR considera os problemas de comportamentos e as dificuldades afetivas como sendo os objetos legítimos do processo psicoterapêutico e não como meras expressões de problemas psicológicos subjacentes (os quais, em outras propostas psicológicas, seriam o objeto de interesse do psicoterapeuta); em outras palavras, quando se está falando ou lidando com o comportamento, não se está falando, nem lidando com alguma outra coisa, representada pelo comportamento; se está falando e lidando com a própria coisa que é nosso objeto de interesse. Ainda mais, a TCR propõe que compete ao psicoterapeuta orientar explicitamente o cliente a adotar procedimentos que produzirão melhoras em suas queixas, sempre respeitando o ritmo de mudança do cliente, bem como suas escolhas; conceitua a pessoa que procura psicoterapia como um agente ativo do processo de mudança (a pessoa é, nesse sentido, sujeito de sua história de desenvolvimento), tanto que se recusa a chamá-lo de “paciente”; propõe que a força transformadora do cliente é a expansão de seu repertório de comportamentos, instrumento legítimo e eficaz para transformar a vida da pessoa na direção desejável, ou para minimizar seu sofrimento; concebe o processo psicoterapêutico como um processo de desenvolvimento pessoal e não como um processo de “cura”, pois a TCR não supõe que exista uma patologia comportamental, emocional ou psicológica, mas sim processos comportamentais produzidos por uma história de contato com contingências de reforçamento; são as contingências de reforçamento indesejadas que geram déficits ou excessos comportamentais e afetivos, os quais tornam a vida da pessoa aversiva; acredita ainda que não basta tomar consciência (no sentido de vir a conhecer) da origem das

dificuldades para se livrar delas – há que se comportar para alterar as “causas”, ou seja, as contingências de reforçamento das quais o comportamento da queixa é função.

6. Quando uma pessoa deve procurar psicoterapia (ou quando se deve sugerir a alguém que faça psicoterapia)?

A resposta mais direta a essa pergunta pode ser: quando uma pessoa deseja se desenvolver para se tornar um ser humano melhor, sofrer menos e causar menos sofrimento para aqueles que a cercam.

A pessoa deve procurar ajuda psicológica quando ela, por si mesma, reconhece que sua vida tem componentes aversivos suficientemente significativos para mobilizá-la a buscar alívio. Neste caso, a própria pessoa se vê como necessitada de ajuda. Em outras situações, a pessoa é aversiva para o grupo social com o qual convive; neste caso, são os outros que definem que ela precisa de ajuda psicológica. A pessoa pode ou não concordar com a avaliação que as pessoas socialmente significativas de sua vida fazem a respeito de seus comportamentos e sentimentos e fazer a opção de procurar ou não um psicoterapeuta. A psicoterapia é um processo de coparticipação entre psicoterapeuta e cliente, em que ambos se influenciam... Se tal critério não for atendido, fere-se o elemento basal do processo, e a psicoterapia perde sentido e tende ao fracasso.

Vale a pena, porém, definir alguns conceitos. O termo “psicoterapia” tem suas raízes no modelo médico de concepção de doença mental. O modelo médico, inserido na Psicologia, supõe que existe uma “doença psicológica” (assim como existe uma doença orgânica), que acomete a pessoa, que passa a ser denominada de “paciente”, a qual pode ser “curada”, através de procedimentos “psicoterapêuticos”. O modelo psicológico é uma proposta alternativa ao modelo anterior e conceitua as dificuldades do cliente como problemas de aprendizagem, que se instalaram durante todo o processo de desenvolvimento pessoal, e que produziram déficits ou excessos comportamentais, associados a sentimentos e emoções adversos. Tais padrões de comportamento e sentimentos geram sofrimentos e desadaptações da pessoa em relação ao ambiente em que vive. Como consequência, no modelo psicológico, o psicoterapeuta não trata o “paciente” que está “doente”, visando a sua “cura”, mas o psicólogo participa ativamente do processo de desenvolvimento da pessoa, com o objetivo de, através da interação recíproca entre ele e seu cliente, auxiliá-lo a reduzir seus excessos comportamentais, a ampliar seu repertório de comportamentos, a fim de suprir os déficits e maximizar o uso dos comportamentos desejáveis que a pessoa já tem, tendo como resultado final sentimentos de bem-estar, participação ativa e cooperativa no contexto social e físico que lhe é relevante, levando em conta os objetivos pessoais de vida do cliente, sem jamais fazê-lo às custas do outro. A adoção do modelo psicológico é um avanço; no entanto, tal modelo não impôs ainda sua terminologia. Prevalece na prática clínica a manutenção de alguns termos: psicoterapia, psicoterapeutas, tratamento etc. As mudanças de padrões serão graduais, mas virão.

Remetendo diretamente à pergunta feita: sempre que a pessoa estiver sofrendo e não encontrar ela própria os caminhos para minimizar as suas dificuldades, recomenda-se que

procure uma ajuda psicológica. Eventualmente, a pessoa pode apresentar problemas comportamentais e afetivo-emocionais muito intensos, que sugerem atendimento médico simultâneo. Nestes casos, realiza-se um trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos. O psicólogo e o médico estão habilitados a discernir quando há necessidade de interação das duas áreas de ajuda profissional, para o melhor encaminhamento de uma determinada pessoa que procura auxílio.

7. A Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) leva em conta no processo psicoterapêutico a história de vida da pessoa?

Sim! Não há como não fazê-lo.

As funções que os eventos têm na vida atual da pessoa (ou seja, o “significado” que ela atribui àquilo que acontece com ela) têm sua origem na história de interações que ela vivenciou com seu ambiente social (aqui incluindo família, escola, amigos, parentes etc.) e físico. Os repertórios de comportamento que ela emite no seu cotidiano também são produtos da história de contingências à qual ela foi exposta durante seu desenvolvimento. Podemos entender os déficits e excessos comportamentais e afetivos apresentados por determinada pessoa à luz de sua história de vida. Como ignorar, no processo psicoterápico de uma pessoa, todo esse longo processo de construção de repertórios e de funções que os eventos da vida têm para ela? A resposta à questão é, então, positiva: a TCR leva sim em conta a história que construiu a pessoa, como ela se comporta e como ela sente o mundo, presentemente. O processo psicoterapêutico, no entanto, não se reduz a conhecer a história de vida da pessoa (um termo melhor que história de vida é história de contingências de reforçamento), mesmo porque muito dessa história se perdeu ou não se tem acesso confiável a ela. Ele inclui também a história de contingências atuais, que vem operando continuamente e interage com a história passada. Aliás, é intervindo nas contingências de reforçamento atuais que podemos alterar funções (ou significados) dos eventos adquiridos no passado e é também o único modo de podermos alterar repertórios de comportamento, ampliando déficits e enfraquecendo excessos. Por sinal, é extremamente encorajador saber que, atuando no presente, podemos alterar malefícios que foram produzidos no passado. Se os eventos passados tivessem produzido interações inalteráveis e definitivas da pessoa com seu mundo atual, só restaria ao cliente e ao psicoterapeuta constatarem os danos ocorridos e, quem sabe, lamentá-los. A TCR demonstra que há perspectivas mais animadoras e construtivas. Conhecer o passado de uma pessoa nos ajuda a compreendê-la melhor; no entanto, é na atuação atual que reside a reconstrução e o desenvolvimento de padrões comportamentais e afetivos, que podem tornar mais amena e gratificante a difícil tarefa de viver.

8. A TCR é uma forma de psicoterapia essencialmente verbal?

Não! Não basta lidar apenas com o comportamento verbal; há que se estender por todas as classes de comportamentos do ser humano.

O comportamento verbal é um comportamento sujeito às mesmas leis que os demais comportamentos. O comportamento verbal não merece ter o status especial que lhe é usualmente atribuído, qual seja, aquele de ser um instrumento revelador do “mundo interno” da pessoa. O comportamento verbal é sensível aos comportamentos do ouvinte, os quais podem ter funções de SD, de Sr+, de Sr- (1 etc. para os comportamentos do falante.

O psicoterapeuta não deve ficar sob controle da resposta verbal, mas dos determinantes da resposta verbal. É importante ressaltar que os comportamentos do psicoterapeuta fazem parte funcional de tais determinantes. Ou seja, o cliente pode verbalizar conteúdos que são reforçadores para o psicoterapeuta e evitar verbalizações que são aversivas para o profissional, sem que tais comportamentos verbais do cliente sejam relatos verbais genuínos do que ocorre no seu dia a dia.

O comportamento verbal do cliente é um dado que funciona como instrumento para o psicoterapeuta compor as contingências de reforçamento que ocorrem ou ocorreram na vida do falante. As contingências de reforçamento – propriamente analisadas e descritas pela Ciência do Comportamento – permitem a previsão e o controle do comportamento. Como tal, a fidedignidade dos dados verbais é aferida a partir da composição das CR e das mudanças comportamentais sistemáticas que decorrem das mudanças nos parâmetros das CR em operação.

Na TCR, no entanto, o psicoterapeuta não trabalha exclusivamente com a emissão do comportamento verbal, mas também com outros comportamentos que o cliente emite na presença do psicoterapeuta. Assim, este consequência os comportamentos de modo diferencial, fornece SDs para aumentar a probabilidade de emissão de determinados comportamentos, usa procedimentos de modelagem, de fading etc., de tal maneira que classes comportamentais (verbais e não verbais) são instaladas e fortalecidas, ou enfraquecidas, ou colocadas sob controle de estímulo apropriado.

O processo psicoterapêutico pode incluir a participação de pessoas socialmente relevantes (marido, mulher, pais etc.) da vida do cliente, com a explícita concordância deste. Tais pessoas podem fornecer dados sobre os comportamentos do cliente e, devidamente orientados, podem estender para as situações cotidianas os procedimentos elaborados e implementados pelo psicoterapeuta no contexto restrito da clínica. A TCR não advoga a postura de que aquilo que importa é a “verdade do cliente”. O que essencialmente importa são as funções que os comportamentos do cliente têm no ambiente social no qual vive, e as funções que os comportamentos das pessoas com quem ele interage têm para o cliente.

Finalmente, há situações em que é recomendável a atuação de acompanhantes terapêuticos, que lidam com o cliente em situações do seu dia a dia, com duplo objetivo: 1. observar as contingências em operação na rotina de vida da pessoa (muitas vezes, o cliente não discrimina quais são as contingências de reforçamento que estão ocorrendo) e 2. aplicar, na situação real, contingências de reforçamento, a fim de produzir alterações nos comportamentos do cliente, no exato contexto em que devem ser emitidos, ou monitorar as mudanças comportamentais, instaladas no ambiente do consultório, que o cliente deveria exibir na sua vida diária. Eventualmente, o próprio psicoterapeuta pode atuar no ambiente de vida do cliente, fora do ambiente clínico, de modo similar ao do acompanhante terapêutico.

1 SD (estímulo discriminativo) é aquele evento que sinaliza a ocasião na qual determinada resposta, se for emitida, será reforçada. Por exemplo: som de que o telefone “deu linha” (SD) é ocasião em que discar o número desejado (resposta) produzirá, suponha-se, o atendimento da pessoa que se procura (consequência social reforçadora positiva). Sr+ (estímulo reforçador positivo condicionado) é a consequência produzida por uma dada resposta e que fortalece a resposta que a produziu. Por exemplo: a criança pede colinho para a mãe (resposta) e a mãe a abraça, carrega no colo, dá-lhe um beijinho (consequência reforçadora positiva condicionada). Sr- (estímulo reforçador negativo ou estímulo aversivo) é a consequência produzida por uma dada resposta e que produz um enfraquecimento na resposta que a produziu ou uma outra resposta que remove a consequência. Por exemplo: ligo a máquina de lavar roupa e sinto um choque na mão, daí deixo de mexer no interruptor (até que um técnico o conserte); ou ligo a TV e o som está num volume muito alto, imediatamente aciono o controle para baixar o som.

9. A conscientização basta para produzir progressos no cliente?

Não! Ela é parte do processo psicoterapêutico, mas não o esgota, nem o resume a ela.

Em primeiro lugar, seria oportuno esclarecer o que se entende por conscientização. Uma maneira de defini-la seria afirmar que há conscientização quando o comportamento ocorre de forma sistemática, toda vez que as contingências das quais ele é função ocorrem. Assim, apresentado o SD, a resposta ocorre; apresentada uma consequência reforçadora positiva contingente à resposta, esta se mantém; apresentada o S, a mesma resposta, que é emitida na presença do SD, deixa de ocorrer etc. Tal modo de se comportar de forma sistemática, sob controle das contingências de reforçamento em operação, não é necessariamente conhecido pela pessoa que assim se comporta, no sentido de que ela não é capaz de descrever as contingências de reforçamento sob as quais se comporta. O papel do psicoterapeuta, neste caso, poderia ser – se for importante – torná-la apta a descrever verbalmente as contingências de reforçamento em operação.

Outra maneira de definir consciência (com – ciência), mais comumente aceita, é a condição na qual a pessoa é capaz de descrever verbalmente as contingências de reforçamento em operação. Aparece na forma de expressões do tipo: “eu sei exatamente porque como excessivamente”, “eu sei porque me mantenho nesta relação afetiva que me produz mais sofrimento do que satisfação”, “eu sei a origem das minhas dificuldades afetivas atuais” etc.; tal conscientização, no entanto, não instrumentaliza para mudar comportamentos, nem sentimentos. Conhecer verbalmente as contingências de reforçamento em operação não basta para mudar comportamentos, nem sentimentos. O papel do psicoterapeuta, nesta condição, deveria ser o de tornar a pessoa capaz de alterar as contingências de reforçamento sob as quais se comporta hoje, de modo a alterar os comportamentos e sentimentos que lhe são aversivos.

Em resumo, o processo psicoterapêutico deve desenvolver, sem exclusão, os comportamentos de descrever as contingências de reforçamento em que a pessoa está

funcionalmente envolvida e, além disso, emitir comportamentos para mudar as contingências de reforçamento em operação, de tal maneira a produzir mudanças socialmente significativas nos seus comportamentos e sentimentos aversivos, substituindo os por comportamentos e sentimentos que sejam mantidos por consequências reforçadoras positivas amenas (e, se for impossível eliminar consequências aversivas, então que sejam eliminadas pelo menos as mais intensas, e que sejam emitidos apenas comportamentos de fuga-esquiva funcionais) e, finalmente, descrever as mudanças nas contingências de reforçamento das quais os novos comportamentos e sentimentos são função.

Em suma, numa linguagem mais cotidiana, não basta conhecer as causas presentes e passadas do sofrimento, mas é preciso saber mudar tais causas, de modo a eliminar (ou minimizar) o sofrimento.

10. Clientes com o mesmo diagnóstico passam pelo mesmo processo psicoterapêutico?

Não! Pessoas diferentes não podem ser tratadas da mesma maneira.

Os problemas psicológicos das pessoas apenas muito genericamente se assemelham. Por exemplo, duas pessoas rotuladas como depressivas terão em comum uma supressão no repertório operante presente; no entanto, seus repertórios comportamentais globais – frutos das diferentes histórias de contingências a que foram expostas durante o processo de desenvolvimento de cada uma – serão amplamente diferentes. Como tal, suas capacidades para enfrentar as vicissitudes da vida, que lhe impuseram o estado depressivo, serão diferentes. Também terão em comum uma redução no valor reforçador positivo e um aumento na função aversiva dos eventos. No entanto, a gama de eventos reforçadores positivos às quais uma pessoa responde é diferente da amplitude de reforços que influenciam uma outra pessoa. Da mesma maneira, os repertórios para enfrentar os elementos aversivos da vida, eliminando-os ou enfraquecendo-os, são diferentes entre elas. A tolerância às frustrações não é a mesma. As relações que o ambiente social estabelece com cada pessoa também variam: uma pode ter um grande número de pessoas com as quais convive e que lhe são fonte de reforçadores, aconchego, companhia, enquanto outra pode ser pobre em todos esses itens. Conclui-se que duas pessoas depressivas são mais diferentes entre si do que semelhantes. Usar um conceito diagnóstico que as assemelhe entre si é perigoso e, possivelmente, incorreto. Como usar os mesmos procedimentos psicoterapêuticos com pessoas com repertórios comportamentais, com afetos, com condições sociais etc. tão diferentes? Cada cliente precisa ser analisado e ajudado do ponto de vista de sua peculiaridade, que não se repete jamais em outro ser humano. As dessemelhanças não ferem a evidência de que há princípios comportamentais básicos, há leis que estão bem estabelecidas sobre o funcionamento comportamental humano, que instrumentalizam a ação psicoterapêutica, desde que o profissional desvende as peculiaridades de cada cliente e aplique procedimentos criativos e individualizados, que têm competência em cada caso. Pode-se

afirmar, então, que a TCR impõe que os tratamentos psicoterápicos sejam idiossincráticos, em consonância com as leis estabelecidas que regem o comportamento humano. (Os comentários acima não se estendem aos diagnósticos médicos.)