



A RESISTÊNCIA DO CLIENTE A MUDANÇAS¹

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI²

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

A resistência do cliente a mudanças é uma forma de relação de controle e contra-controle que se observa entre os comportamentos do cliente e as contingências de reforçamento manejadas pelo terapeuta. Trata-se de uma classe de comportamentos sociais, que segue as mesmas leis que regem qualquer outro comportamento humano. De acordo com o behaviorismo radical e a ciência do comportamento, a resistência a mudanças não é, necessariamente, indicativa de patologia psicológica, mas sim função das relações de contingências que se operam entre o cliente e o terapeuta. O cliente contra-controla o terapeuta emitindo comportamentos de fuga-esquiva, de extinção ou de punição em relação aos comportamentos do terapeuta. Os comportamentos de contra-controle são função das histórias de contingências de reforçamento atuais e passadas do cliente, bem como das contingências apresentadas pelo terapeuta no contexto da terapia. Apresenta-se um estudo de caso em que a resistência do cliente a mudanças só foi alterada quando seus comportamentos entraram em contato com as conseqüências sociais aversivas emitidas pela comunidade social do cliente.

Palavras-chave: resistência a mudanças, controle, contra-controle, regras, auto-regras

The client's resistance to change is a form of control and countercontrol between the client's behavior and the reinforcement contingencies managed by the therapist. It is a class of social behaviors that follows the same laws that apply to any other human behavior. According to radical behaviorism and to the science of behavior, resistance to change is not, necessarily, an indication of psychological pathology, but a function of the interrelation of contingencies in operation between the client and the therapist. The client countercontrols the therapist through the emission of behaviors of avoidance and escape, extinction, and punishment of the therapist's behaviors. The countercontrol behaviors are a function of the client's past and present histories of contingencies of reinforcement, as well as of the contingencies presented by the therapist in the context of the therapy. This article presents a case study in which the client's resistance to change was altered only when his behaviors were exposed to the aversive social consequences emitted by his social community.

Key Words: resistance to change, control, countercontrol, rules, self-rules

¹ Parte deste trabalho foi apresentado numa mesa redonda no I Congresso de Psicoterapias Cognitivas Latino-Americanas e I Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas, realizados de 2 a 4 de abril de 1998 em Gramado (RS).

² Agradeço a Eloisa Piazzon, Lilian Medeiros, Maria Beatriz Madi, Noreen Aguirre e Patrícia Queiroz pelos comentários feitos durante a preparação do texto.

O cliente procura o terapeuta em busca de auxílio para mudar alguns aspectos da sua vida, de modo a torná-la menos sofrida. Assim, seria razoável supor que o cliente não ofereceria resistência para mudar comportamentos, em função das contingências comportamentais manejadas pelo terapeuta nas interações terapêuticas. Ocorre, no entanto, que quase sempre o cliente já chega para a terapia com um conjunto de *hipóteses pessoais*, ou seja, um arcabouço de idéias, pensamentos, crenças, pressupostos etc., que englobam, ainda que de forma elementar: a. uma *análise* da situação de sua vida; b. um *diagnóstico* sobre as causas das suas dificuldades; c. uma proposta de *conduta “terapêutica”* para lidar com o problema. Tais hipóteses do cliente podem entrar em conflito com as *hipóteses do terapeuta*, pois este, em função do treino profissional que recebeu, avalia as dificuldades do cliente, analisa de que variáveis elas são função e apresenta propostas para a condução do processo terapêutico, que podem não coincidir com as expectativas ou com os desejos do cliente. Tal conflito pode dar início à resistência a determinadas mudanças, pois agora elas deixam de ter um enunciado teórico e geral (“Mudanças precisam ocorrer na minha vida”, por exemplo) e passam a ser explícitas e específicas (“Você precisa mudar seu modo de reagir a...”, “Você precisa mudar a avaliação que faz de suas relações com seu parceiro”, “As dificuldades também são suas” etc.).

Resistência a mudanças, neste trabalho, é o nome dado a uma forma de relação de controle e contra-controle que se observa entre os comportamentos do cliente e as contingências de reforçamento manejadas pelo terapeuta. Diante das contingências comportamentais dadas pelo terapeuta, o cliente apresenta comportamentos de fuga-esquiva, de extinção ou de punição dos comportamentos do terapeuta. As contingências advindas do terapeuta expressam-se através das seguintes classes de comportamentos emitidas por ele: descrever contingências para o cliente (especificar regras); enunciar instruções verbais para ações específicas; punir auto-regras do cliente avaliadas como “inadequadas” pelo terapeuta; aplicar procedimento de discriminação entre as auto-regras do cliente (que, se o procedimento for bem sucedido, passarão a ter função de S delta verbal para o controle de comportamentos deste) e as novas regras do terapeuta, apresentadas em oposição a tais auto-regras do cliente (as regras de oposição, se o procedimento for bem sucedido, passarão a ter função de SD verbal para comportamentos do cliente); reforçar diferencialmente comportamentos do cliente considerados adequados pelo terapeuta; manejar *fading in* e *fading out* de controles de estímulos; punir verbalmente, com frases de oposição ou de crítica, que tenham função punitiva (que enfraquece comportamento) para o cliente e não função de SD para outros comportamentos incompatíveis com os objetivos do terapeuta; etc. A resistência do cliente a mudanças se expressa através das seguintes classes de comportamentos emitidos por ele: discordar ou se opor explicitamente ao que o terapeuta diz (dar ao terapeuta novos SDs para este alterar seus comportamentos: “Não concordo com seus comentários” ; “Você está defendendo minha esposa e ficando contra mim”); concordar com ou aceitar as verbalizações do terapeuta (reforçamento social imediato para os comportamentos do terapeuta: “É isso mesmo”; “Agora entendo o que está acontecendo”), porém sem se comportar na vida cotidiana de forma compatível com a concordância expressa na sessão (extinção dos comportamentos do terapeuta a médio prazo); ignorar o que o terapeuta diz e faz (extinção ou punição negativa dos comportamentos do terapeuta); punir os comportamentos do terapeuta (“Vejo que você

tem valores diferentes dos meus. É melhor não discutirmos sobre isso”; “Não gosto quando me trata assim. Parece meu pai”; “Não estou melhorando”); faltar à terapia em função do que ocorreu durante as sessões (“Não gostei do que ouvi. Por isso, resolvi dar um tempo”); comportar-se sob controle de suas próprias auto-regras, ignorando o que foi debatido sobre elas com o terapeuta (extinção dos comentários do terapeuta); mentir ou omitir fatos; etc. É de fundamental relevância notar que a definição de resistência a mudanças, assim explicitada, supõe que esta tem a mesma natureza e ocupa o mesmo *status* que qualquer outro fenômeno comportamental social. E, para ser analisada e compreendida, devem-se buscar as variáveis ambientais, as contingências de reforçamento sociais, das quais ela é função. Como conseqüência, deve-se concluir que a definição de resistência a mudanças não inclui, necessariamente, nenhum aspecto de avaliação com critérios de valor, tais como a resistência do cliente ser indicativa de dificuldades psicológicas dele. Não se parte do pressuposto que a atuação do terapeuta é “correta”, “apropriada” e, como tal, resistir a sua atuação é “incorreto”, “inapropriado”. Resistência a mudanças é um nome atribuído a uma relação de controle e contra-controle, que emerge a partir da interação entre terapeuta e cliente. O que importa é detectar e manejar os determinantes ambientais dessa inter-relação de controle que, em última análise, é bi-direcional: no processo terapêutico, *ambos* (terapeuta e cliente) se modificam, assim como ambos resistem a mudanças. Pode-se concluir, então, que o terapeuta também apresenta resistência a mudanças, mas este tema não será objeto do presente trabalho.

Análise Funcional da Mudança

Um cliente busca ajuda para melhorar sua vida quando está numa condição em que sua relação com o meio social ou físico no qual está inserido revela uma falta de ajustamento num grau significativo para ele próprio ou para as pessoas relevantes do seu mundo. Pode-se partir da definição de Hawkins (1986):

“Ajustamento (habilitação, adaptação, competência) é o grau em que o repertório maximiza os reforçadores positivos a curto e a longo prazo para a pessoa e para os outros, e minimiza os punitivos ou reforçadores negativos a curto e longo prazo. A adaptabilidade de qualquer comportamento específico de um repertório de comportamentos - ou expresso de modo mais acurado, qualquer relação funcional entre o ambiente e o repertório - é o grau em que ele contribui para esta maximização da razão custo/benefício ou punitivo/reforçador para o indivíduo e para outros no presente e no futuro.”
(p.351)

Esta definição é derivada de um arcabouço conceitual (behaviorismo radical) e experimental (ciência do comportamento) bem determinado e serve de referência para a

análise e a intervenção do *terapeuta*. Raramente serve para o *cliente*. O cliente discrimina que sofre; não que sofre porque vive num contexto escasso de contingências reforçadoras positivas ou abundante em contingências aversivas. Desta maneira, o que controla o comportamento do terapeuta e o que controla o comportamento do cliente no início do processo terapêutico são concepções muito diferentes (espera-se que essa diferença diminua progressivamente com o avanço do processo terapêutico). Daí, as mudanças que o terapeuta espera que ocorram no cliente e os procedimentos para produzi-las podem não coincidir com as mudanças esperadas pelo cliente e nem com os meios que este elegeu para alcançá-las. A resistência a mudanças pode ter aí sua origem.

Variáveis do cliente relacionadas a sua suscetibilidade a mudanças

Diferentes histórias de contato com contingências de reforçamento vão produzir diferentes repertórios comportamentais, que permitem entender as reações dos clientes ao processo terapêutico e às mudanças. Assim, seguem-se *algumas possibilidades*:

- a. **História de contingências aversivas.** As contingências aversivas são as mais comuns na nossa cultura. Dois grupos merecem especial ênfase: punição e reforçamento negativo.
 - a.1. **Punição.** O comportamento punido se enfraquece; surgem reações emocionais desagradáveis (ansiedade, medo, agressividade); diminuem a variabilidade e a emissão espontânea de comportamentos (fala-se em diminuição da criatividade e da iniciativa). Um cliente com história importante de punição tenderá a ser dependente do terapeuta e tenderá, ainda mais, a esperar que o processo terapêutico seja mais dirigido a mudanças do seu meio social (às pessoas que lhe são relevantes) do que a ele próprio. Resistirá a mudar seu repertório comportamental, mesmo que este seja ineficaz ou restrito, a partir de uma generalização da “história passada de punição” para “história atual de punição”. Ou seja, se no passado quaisquer comportamentos tinham alta probabilidade de ser punidos, então, emitir no momento atual quaisquer novos comportamentos também terá alta probabilidade de gerar punição. Como resultado, a pessoa evitará emitir comportamentos novos, uma vez que desconhece (e por isso teme) as reais conseqüências que produzirão.
 - a.2. **Reforçamento negativo.** Leva à produção de comportamentos de fuga-esquiva. Ou seja, o repertório de comportamentos não se mantém pela obtenção de reforçadores positivos, mas pela proteção que provê contra eventos aversivos. O cliente com história de fuga-esquiva tende a ser fortemente controlado por condições adversas e fracamente controlado por condições positivamente reforçadoras. Assim, tenderá a ser atuante quando ameaçado por algum evento aversivo e pouco ativo em condições favoráveis. Seu estado emocional será tipicamente de ansiedade e quando diz que se sente bem estará, provavelmente, relatando um estado de alívio (da ansiedade) e não de prazer (associado à reforçamento positivo). Em casos extremos tenderá a apresentar comportamentos

repetitivos, estereotipados, tais como compulsão e obsessão, ou padrões rígidos de ação, pouco sensíveis a mudanças. São clientes tipicamente insensíveis ao processo terapêutico. Em casos menos extremos, são clientes que tendem a abandonar a terapia após seus primeiros progressos, já que se bastam com a redução da condição aversiva.

b. **História de contingências reforçadoras.** Há pelo menos três condições em que as contingências reforçadoras tornam complicado o processo de mudança do cliente.

b.1. **Reforçamento positivo muito freqüente.** Desenvolve um repertório fraco (os comportamentos facilmente entram em extinção quando as condições atuais provêm poucos e esporádicos reforçadores positivos ou quando são aumentadas as exigências para obtenção dos reforços), muito sensível à frustração (quando a densidade de reforços positivos cai, a pessoa apresenta reações emocionais perturbadoras para ela e para os que a cercam). Ou seja, qualquer adversidade leva o cliente a desistir de se engajar no processo da mudança e a ter reações emocionais, tais como agressividade ou depressão. São pessoas extremamente dependentes do terapeuta e do seu meio social relevante (marido, esposa, pai, mãe etc.). Pouco dispostos a mudar por esforço próprio, esperam que as circunstâncias sociais e não sociais mudem para seu proveito. Mudam facilmente de terapeuta, caso este não lhes satisfaça os desejos ou lhes proponha que sejam agentes ativos e responsáveis diretos pelas mudanças em suas vidas.

b.2. **Reforçamento positivo muito infreqüente.** Sob este sistema de contingências, as pessoas têm alta tolerância à frustração. Às vezes, exageradamente alta. Tendem a se mobilizar pouco para a mudança, uma vez que se habituaram a suportar condições adversas extremas. Tenderão a ter pena dos outros, a dar-lhes mais uma chance, mesmo que estas pessoas lhes sejam fonte de estimulação aversiva. Mantêm os padrões de comportamentos praticamente inalterados, independente das conseqüências aversivas que produzem, e não se engajam ativamente em nenhum processo de mudança comportamental que possa, eficazmente, alterar as contingências coercitivas sob as quais vivem. Quando entram em contato com contingências reforçadoras significativas ou freqüentes, sentem-se culpadas, como se não merecessem “bons momentos”. Respondem, em geral, a auto-regras (descrições que a própria pessoa faz das contingências) do tipo “Se estou tendo um bom momento, então, fatalmente se seguirá um mau momento”. Assim, por exemplo, um aluno dedicado aos estudos tenderá a pensar que, se deixar de estudar e for ao cinema, então terá uma nota ruim... Resultado: não vai ao cinema e continua estudando, apesar da baixa densidade de reforçadores positivos que possa obter, exceto aqueles provindos do desempenho acadêmico.

b.3. **Reforçamento positivo não contingente.** Seria mais apropriado dizer que as conseqüências com função reforçadora positiva são apresentadas em contingüidade, imediatamente após o comportamento (qualquer que seja ele), sem

haver uma relação funcional tal que, se o comportamento específico ocorrer, então, e só então, a conseqüência se seguirá. Nas relações não contingentes, o comportamento e o evento que se segue são associados apenas seqüencialmente – primeiro um, depois o outro – e com proximidade temporal – um imediatamente após o outro. As relações não contingentes tende a desenvolver padrões de resposta supersticiosa. As pessoas elaboram e se apegam a “teorias” muito idiossincráticas, individuais, para explicar o que lhes ocorre e o porquê disso. Buscam soluções mágicas para suas dificuldades e pouco se empenham em descobrir as possíveis relações entre seu próprio comportamento e as reações do ambiente que as cercam. Mesmo que a vida não lhes seja favorável, tendem a não relacionar as dificuldades cotidianas com seu comportamento. Tendem também a não estabelecer relações contingentes com as pessoas do seu meio social, isto é, não se relacionam com elas em função dos comportamentos que tais pessoas emitem, mas o fazem em função dos próprios impulsos, desejos, fantasias. Os membros da comunidade social tendem a encarar as pessoas que assim se relacionam, de modo não contingente, como infantis, dignas de pena ou de proteção. Os vínculos sociais são frágeis e indivíduos com este tipo de história de vida tendem a trocar, freqüentemente, as pessoas com quem se relacionam.

É necessário enfatizar que uma pessoa não é o produto, a síntese de *uma única condição de contingências de reforçamento*; como tal, as condições expostas acima devem ser encaradas como pontos de referência de um *processo contínuo*. Espera-se, inclusive, que algumas histórias de contingências de reforçamento interajam com outras. Desta maneira, os clientes, vivendo histórias próprias de contato com as múltiplas contingências, apresentam padrões típicos, extremamente particulares, e o terapeuta deve levar em conta, na análise que expuser e nas intervenções que venha a fazer, o emaranhado de contingências em operação que se *influenciam reciprocamente*. Não se pode ignorar também que as contingências manejadas pelo terapeuta no contexto terapêutico freqüentemente se opõem às contingências em funcionamento no ambiente social original do cliente, e a identificação da oposição entre as duas classes de contingências (intra e extra sessões) pode explicar a resistência do cliente a mudanças. Ainda mais, a história passada *interage* com a história atual e, da *interação recíproca* de ambas, emerge o padrão comportamental presente do cliente. Conclui-se, então, que é nas interações recíprocas entre as contingências de reforçamento passadas e atuais, as do contexto terapêutico e as de fora dele, que devem ser buscados os determinantes, dos quais a resistência a mudanças é função. Assim, a resistência a mudanças não deve ser explicada por eventos mentais, encastelados nas mais recônditas entranhas do psiquismo, nem pelas chamadas “patologias psicológicas”, que não têm nenhum poder explicativo, mas que precisam sim, elas próprias, ser explicadas.

Há necessidade, assim, de explicitar três padrões de controle dos comportamentos que o cliente emite, para se ter importantes parâmetros a partir dos quais o terapeuta pode agir:

1. **Comportamento governado por regras.** Regras são enunciados que descrevem contingências (Zettle, 1990) e que têm a função de SDs para controlar comportamento.

Podem ser descrições *corretas* ou *incorretas* das contingências, dependendo de quem as elabora. O comportamento governado por regras pode se tornar alienado das reais conseqüências do comportamento, toda vez que a pessoa que responde a regras está sob controle: 1. da *descrição* das contingências, quando ela não é uma especificação correta das contingências em operação; ou 2. da *pessoa* que as enuncia (neste caso, trata-se de comportamento de seguir uma ordem ou instrução, um antecedente verbal, sem nenhuma relação necessária com a contingência descrita); ou 3. das *conseqüências sociais* (reforços positivos generalizados) por ter seguido a regra (independente da adequação da regra). Em suma, nas três possibilidades apontadas a pessoa não entra em contato com as próprias contingências. Apesar de tais possíveis limitações, o terapeuta dispõe de um instrumento potencialmente valioso: o uso de *regras terapêuticas*, isto é, descrições de contingências elaboradas por ele, às quais o cliente tem a possibilidade de responder com o objetivo de produzir ganhos terapêuticos (aumentar reforçadores positivos, diminuir conseqüências aversivas etc.). O cliente que responde bem a regras, de modo geral, tende a ser governado por regras enunciadas pelo terapeuta. Embora isso, de início, possa gerar uma relação de dependência entre o cliente e o terapeuta (o que é indesejável que se mantenha), o procedimento pode ser necessário para o cliente entrar em contato com *novas contingências*. O terapeuta deve, no entanto, levar o cliente a discriminar que deve atentar e ficar sob controle *das contingências* e não das suas instruções. É o caminho para romper a eventual dependência. Mas... o cliente não responde apenas às regras do terapeuta. Ele tem em seu contexto natural outras fontes de regras, que são as pessoas relevantes do seu dia a dia. Essa situação pode gerar conflito de controle entre o contexto terapêutico e o contexto social natural. Daí pode decorrer resistência a mudanças.

2. **Comportamento governado por auto-regras.** Auto-regras são enunciados, feitos pela própria pessoa, que descrevem contingências (Zettle, 1990). Assim como as regras, podem ou não descrever corretamente as contingências. As “crenças irracionais” (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997) são, exatamente, um conjunto de auto-regras inadequadas, porque não descrevem corretamente as contingências que se propõem a descrever ou o fazem apenas parcialmente. Neste caso, as auto-regras ou “crenças irracionais” são descrições inadequadas, supersticiosas, da realidade. As auto-regras, quando controlam comportamentos que são mantidos por reforçamento negativo, isto é, comportamentos de fuga-esquiva, são pouco sensíveis a mudanças. Por exemplo, uma auto-regra enunciada da seguinte maneira: “Se expressar o que penso para as pessoas, então serei criticado, ou ridicularizado, ou desdenhado por elas” (essa auto-regra poderia ser expressa como uma crença ou uma idéia irracional da seguinte forma: “Devo ser amado por todos, o tempo todo... logo, devo dizer o que os outros querem ouvir e agir apenas do modo que eles aprovam ou esperam de mim”) levará a pessoa a evitar qualquer frase ou ação que ela supõe que irá desagradar o outro. Esquiva-se, desta forma, de sofrer qualquer conseqüência social aversiva (reforçamento negativo) *que ocorreria de acordo com sua crença*. Como ela não testou a realidade, tornou-se incapaz de entrar em contato com as conseqüências sociais que, de fato, seriam produzidas pelo seu comportamento e que poderiam ser diferentes daquelas que ela supôs que ocorreriam (podem ser chamadas de

conseqüências reais as que foram produzidas pelo comportamento e que foram observadas e não apenas imaginadas). As auto-regras podem, portanto, ser também alienantes, no sentido em que afastam a pessoa das *conseqüências reais* de seu comportamento. Em segundo lugar, a esquiva impede que um comportamento adequado de enfrentamento da crítica (caso ela ocorra) venha a ser modelado. Isto equivale a dizer que o repertório comportamental do cliente não se amplia. Desta forma, as auto-regras são também alienantes porque *não propiciam a oportunidade de desenvolver um repertório comportamental mais rico*, isto é, capaz de alcançar novos reforçadores positivos (por ex., elogio, apoio etc.) e eliminar eventuais reforçadores negativos (por ex., crítica, desdém etc.). A dificuldade terapêutica surge do confronto entre as novas regras propostas pelo terapeuta (que, espera-se, descrevem corretamente as contingências em operação) e as auto-regras alienantes do cliente. Ao argumentar em favor de suas auto-regras, os clientes não são dependentes do terapeuta (o que é desejável), mas podem ser insensíveis a ele (o que é indesejável).

3. ***Comportamento controlado pelas conseqüências.*** Em tese seria o controle mais desejável, uma vez que o comportamento seria naturalmente conseqüenciado. Muitas vezes, é o único controle eficaz para produzir uma mudança, pairando acima do controle por regras ou por auto-regras. Uma limitação importante, no entanto, ocorre quando conseqüências são reforçadoras positivas a curto prazo, mas são aversivas a longo prazo. Essa lacuna temporal só pode ser preenchida por um controle por regras. O confronto de controles ocorre entre a conseqüência natural reforçadora imediata (por exemplo, o efeito prazeroso de uma droga) e a descrição das conseqüências a longo prazo através de uma regra (por exemplo, “droga cria dependência”, “enfraquece e adoce o organismo” etc.). Em geral, o cliente fica sob controle das contingências reforçadoras imediatas. O papel do terapeuta é, então, o de possibilitar ao cliente a “conscientização” (o conhecimento) das contingências aversivas por vir, de modo que o cliente, o mais rapidamente possível, as identifique e discrimine quando começarem a operar. O terapeuta pode também auxiliar o cliente a desenvolver comportamentos preventivos de contra-controle, a serem usados no momento adequado, uma vez que não é suficiente discriminar a presença das contingências aversivas (a conscientização não basta): há necessidade de ter comportamentos para lidar com elas. O terapeuta pode cuidar disso, criando contingências voltadas à instalação de comportamentos de auto-controle, por exemplo.

A ênfase que se deu à história de condicionamento não visa menosprezar a história de contingências atuais em operação. O comportamento de um organismo intacto resulta da íntima interação das histórias passada e atual de reforçamento. As contingências atuais podem manter o padrão comportamental estabelecido pelas contingências passadas ou (1) porque repetem as mesmas contingências ou (2) porque, embora possam ser diferentes, são relativamente amenas e não conseguem alterar os padrões comportamentais já estabelecidos. A terapia deveria ser entendida como uma situação da vida atual do cliente em que novas contingências (manejadas diretamente pelo terapeuta ou, por sua sugestão, na forma de regras) passem a atuar sobre o cliente para produzir uma *nova interação*

entre contingências passadas e atuais, com benefícios a curto e a longo prazo para o cliente e, se possível, para os que o cercam.

Variáveis do terapeuta relacionadas à suscetibilidade do cliente a mudanças

A *relação* terapeuta-cliente é extremamente sensível e deve ser analisada com cuidado para se poder avaliar o que ocorre no processo terapêutico. É ingênuo analisar o cliente, isoladamente, como fonte das dificuldades. E vice-versa, também o terapeuta por si só não é o responsável pelo desenrolar da terapia. Por isso, a sistematização de variáveis do terapeuta, como se fez com as do cliente, é pré-requisito para se entender a relação terapêutica. Assim:

- a. ***Sistema conceitual, modelo experimental e instrumentos de ação terapêutica.*** O terapeuta tem necessariamente que dominar com profundidade o referencial teórico e experimental que adotou: o behaviorismo radical (Skinner, 1993) e a ciência do comportamento humano (Skinner, 1994, pp. 17 a 51, JEAB, 1958 – e JABA, 1968 –), uma vez que é a partir dele que poderá ter uma *compreensão* do funcionamento do seu cliente, isto é, a que contingências de reforçamento respondeu no seu passado e a quais vem respondendo presentemente. As peculiaridades do cliente serão compreendidas à luz de *princípios gerais do funcionamento humano* (Catania, 1998; Martin e Pear, 2002) e não como caprichos ou matizes de uma pessoa. Os arcabouços teórico e experimental habilitarão o terapeuta a dar um *passo além*, que é a *previsão* de comportamento, em função das contingências em operação. Ao lado disso, a familiaridade com os instrumentos de intervenção, fornecida pela abordagem, permitirá ao terapeuta influir nas contingências, de modo a produzir alterações comportamentais. Dará a ele e ao cliente a possibilidade do *controle* do comportamento.
- b. ***“Auto-conhecimento”.*** Assim como o cliente, o terapeuta também tem uma história de contato com contingências, passadas e presentes, que lhe dão um repertório comportamental mais ou menos apto para sua tarefa terapêutica, não só como profissional, mas também como pessoa. A sua história de contingências pessoais interage com a história de contingências profissionais e essa interação é colocada à prova no contato direto com o cliente. Não basta um bom repertório profissional, independente de um bom repertório pessoal, e vice-versa, para se ser um bom terapeuta. Há necessidade de ambos simultaneamente. O auto-conhecimento, entendido como a capacidade de descrever as contingências às quais o próprio indivíduo responde e a capacidade de influir nessas contingências na direção desejada, não é um processo individual. A conscientização ou auto-conhecimento é um processo social. Nem sempre a comunidade social relevante do terapeuta está habilitada a levá-lo a esse objetivo. Faz-se necessária, então, uma terapia individual para o terapeuta.
- c. ***Vínculo terapêutico.*** O vínculo terapêutico decorre dos dois itens anteriores e pode ser assim definido:

*“Vínculo é o nome que se dá aos comportamentos e sentimentos que emergem numa relação (terapêutica) entre (duas) pessoas e que são produzidos, quase exclusivamente, por contingências reforçadoras e, eventualmente, por contingências aversivas mínimas, manejadas por **um em favor do outro**, gerando pouco ou nenhum comportamento de contra-controle. Os comportamentos, assim instalados a partir do outro, produzem, principalmente, conseqüências reforçadoras, propiciando sentimentos a elas relacionados como: bem-estar, alívio, liberdade, segurança etc.; eles também reduzem, ao mínimo, conseqüências aversivas, diminuindo sentimentos relacionados com contingências coercitivas como: medo, ansiedade, culpa etc. **Ambas** as pessoas na interação se beneficiam pelo repertório comportamental e pelos sentimentos produzidos pelas contingências apresentadas pelo **outro**. Além disso, tal repertório comportamental deve ser forte o suficiente, a fim de se generalizar para as relações destas pessoas com o mundo externo a elas. Trata-se de uma relação comportamental instalada, de acordo com o terceiro nível de variação e seleção proposto por Skinner (1990), em que o comportamento de **um** é selecionado e mantido pelas conseqüências reforçadoras que ele produz para o **outro**.”* (Queiroz e Guilhardi, 2001, p. 474).

A qualidade da relação terapeuta-cliente é diretamente proporcional à compreensão conceitual que o terapeuta tem do seu cliente e da sua habilitação instrumental e pessoal para lidar com as dificuldades trazidas por ele. A compreensão conceitual permite ao terapeuta conhecer a problemática do cliente num nível que vai *além* do expresso pelo próprio cliente. Isso aprofunda o vínculo. A posse de um arsenal de recursos tecnológicos para lidar com as dificuldades do cliente ampara o terapeuta que, sabendo o que fazer, se sente seguro e tranqüilo para atuar. O cliente, por sua vez, colhe os benefícios de uma atuação sistemática e eficaz do terapeuta. Sente-se compreendido e ajudado num sentido comportamental: consegue experienciar novas contingências, mais favoráveis, como produto da interação terapêutica. A sólida formação conceitual, científica e tecnológica requer, no entanto, qualificações pessoais do terapeuta para harmonizar o processo do vínculo. São as qualificações pessoais do terapeuta que lhe propiciam o ajuste refinado do profissional e lhe dão condições para detectar os pontos críticos da problemática do cliente: para separar o relevante do irrelevante, o essencial do periférico, o urgente do remoto. São também tais qualificações que lhe dão a sensibilidade para imprimir ao processo terapêutico um ritmo harmônico com as potencialidades do cliente. *O que fazer* não inclui, necessariamente, *quando* e *como* fazer. Assim, por melhor que se descreva o procedimento da modelagem, o agente da mudança, o modelador, o terapeuta tem que discriminar quando a exigência é exagerada, quando as aproximações sucessivas não avançam... Saber modelar não é uma arte, nem emerge de um talento intrínseco, mas vem de um repertório construído, extremamente elaborado, que engloba discriminações sutis de estímulos e comportamentos altamente diferenciados,

habilidades que, em geral, começam a ser instaladas bem antes de se iniciarem os treinos acadêmicos. O terapeuta tem que desenvolver as qualificações para harmonizar *o que* fazer com o *quando* e *como*. Ao maestro de uma orquestra não basta levar seus músicos a produzirem as notas desenhadas nas pautas... “*O mistério da arte* (de tocar piano) *reside na nota que falta. Ouvimos algum pianista de concerto improvisar cataratas de arpejo, ou assistimos a performances pueris e, embora possamos sair do teatro sorrindo, saímos mais pobres, pois celebramos não o divino, mas a capacidade do não inspirado de imitar o divino. Isso é apenas idolatria.*” (Mamet, 2002, grifos do autor).

Em suma, o terapeuta, enquanto profissional qualificado, tem um domínio conceitual e instrumental para lidar com a relação terapêutica: define o problema comportamental, o processo comportamental-alvo e os procedimentos adequados possíveis. O terapeuta, enquanto pessoa consciente, consegue identificar o que sente pelo cliente e pela sua problemática e por que o sente. Sabe ainda como se comporta e por que o faz, em função de sua história de contingências, estando, assim, melhor calibrado para conduzir a relação terapêutica do que outro com escasso auto-conhecimento. Evitam-se, assim, punições desnecessárias e agrados exagerados. Incrementam-se, por outro lado, afirmações claras, assertivas, diretas, sem a pressa do ansioso, nem a omissão do indiferente. Para um vínculo bom, é necessária também, e em conjunto com a habilitação profissional, pertinente qualificação pessoal.

Conclusão

A resistência do cliente a mudanças é um fenômeno passível de uma análise comportamental. Há numerosas variáveis do cliente - algumas explicitadas no presente texto - que, ignoradas, produzem resistências do cliente a mudanças, mas, se conhecidas e devidamente manejadas, minimizam as dificuldades para produzir as mudanças esperadas. Por outro lado, há também numerosas variáveis do terapeuta - algumas aqui explicitadas - que podem gerar no cliente resistência a mudanças. Sempre que o terapeuta lida adequadamente com todas essas variáveis, ele está melhor qualificado para compreender de quais determinantes as resistências do cliente a mudanças são função e, daí, melhor habilitado a lidar produtivamente com elas. O argumento central do presente trabalho é que o cliente apresentar (ou não) resistência a mudanças é um fenômeno comportamental que resulta da *interação terapeuta-cliente*, não de um ou de outro isoladamente. Além disso, esse fenômeno pode ser explicado e solucionado a partir de uma ampla análise das interações dos sistemas de contingências de reforçamento, passadas e presentes, dentro e fora do contexto terapêutico, tanto do cliente como do terapeuta.

Caso ilustrativo das dificuldades com mudanças

Resistência a mudanças é um aspecto, dentre muitos, das dificuldades decorrentes das muitas transformações que ocorrem durante o processo terapêutico. O caso relatado

a seguir ilustra algumas dessas dificuldades e como se relacionam com a resistência a mudanças.

Identificação do cliente: *M* é um jovem solteiro, com grau universitário, 24 anos no início da terapia. Tem uma irmã dois anos mais nova; seus pais são separados há aproximadamente 10 anos e ele tem vivido com o pai, sua segunda mulher e um filho do casal, há cerca de 4 anos.

Queixa inicial do cliente: “*Ainda não me encontrei na vida*”. Já fez várias tentativas em busca de um caminho para se realizar, mas até agora nada funcionou. Morou sozinho no exterior para estudar por quase dois anos, onde aprendeu a falar fluentemente inglês e francês. Atualmente, trabalha numa empresa do pai, mas não está realizado. Preocupa-se excessivamente com sua beleza física, fez várias plásticas no nariz até chegar à “*forma ideal*”, iniciou transplantes de cabelo para “*cobrir entradas*”, mas não está satisfeito com o resultado. “*Nunca vou conseguir ‘aquele’ cabelo...*”. Também tem pouco interesse pela companhia feminina, embora não lhe falem opções: “*Saio (com elas) umas poucas vezes... é legal... mas, não sei... me desinteressa dela como mulher. Não agüento aquela rotina, a pressão dela... Acabamos como bons amigos. Ainda saio umas vezes e depois me desligo*”. Não tem amigos, embora conheça “*uma pá de gente*”. “*Não agüento o papo deles... é um saco*”. Antes, “*Eu convidava para saírem comigo... teatro, jantar fora... até pagava... são uns duros. Mas, me enchi*”. Recentemente, “*Tenho saído sozinho... fico em casa... eu não paro, sempre tô fazendo alguma coisa... no fim de semana é pior... viajo... volto... não tenho ninguém especial, fixo*”. Mas, “*Isso não me incomoda. Prefiro assim*”.

Relação do cliente com as pessoas relevantes da sua vida: *M* se dá bem com a madrasta, o irmão menor e o pai, embora os três tenham uma vida familiar própria, da qual *M* pouco participa. *M* leva uma vida completamente independente. Todos sabem o que está acontecendo com os demais, mas sem maior profundidade. Esse nível de relacionamento parece adequado para todos. A irmã mora sozinha em outra cidade e *M* tem contatos ocasionais com ela. A mãe morava sozinha em outra cidade e *M* a visitava periodicamente. Ela o preocupava, pois era uma pessoa deprimida, com poucas amizades, alcoólatra e estava sempre se queixando de inseguranças financeiras. De certa maneira, evitava contatos mais freqüentes com ela. No correr da terapia, a mãe morreu num acidente automobilístico. *M* não tem amigos, passa a maior parte do tempo sozinho. Tem contato com pessoas conhecidas, com quem, ocasionalmente, sai para fazer algum programa, mas sem dar continuidade. Não se queixa desse isolamento social. Quando sai com as pessoas, aparenta ter bom repertório social: fala com todos, ri muito, demonstra bom humor, gosta de liderar os programas (para onde ir, o que fazer), mas o vínculo afetivo com elas é superficial. Encerrado o programa, pode ficar longos períodos sem falar com elas, dá desculpas para não sair novamente...

História de vida: *M* desde pequeno foi muito ligado à mãe. Não conseguia ficar longe dela, chorava quando tinha que se afastar, não ficava com o pai, chorava quando este queria levá-lo para algum programa. “*Eu era um saco para o meu pai, imagino. Na escola era um problema*”. Quando criança, a mãe tinha que ficar na classe com ele até

se acostumar com a professora. Não tinha amigos na escola, não ia à casa de ninguém e não recebia ninguém em casa. Sempre foi marginalizado pelos colegas de classe como “diferente”. Mesmo mais velho a situação não se alterou, mas “*aprendi a viver assim*”. A mãe lhe bastava. Ela costumava apoiá-lo, incondicionalmente, e lhe passava mensagens de que eles eram “diferentes mesmo”, mas “especiais”, que os demais mereciam a indiferença, que a amizade não fazia falta etc.

Segundo M, a mãe foi uma mulher “*muito*” bonita e as preocupações com beleza física, vestir-se de forma elegante, ser considerada linda ocupavam “*todo o tempo*” dela. Esses eram seus principais interesses, sendo pouco voltada para o lar e para o marido. O filho participava ativamente dessa rotina de vida da mãe. Por iniciativa dela ocorreu a separação do casal. À época, esse fato não preocupou muito M, pois sua vida pouco se alterou com a separação. Durante a infância, vivia distante do pai, continuou assim durante sua adolescência. Lembra-se de que o pai sofreu muito, mas até então seu vínculo com ele era tênue.

Quando voltou do exterior, em torno dos 20 anos, mudou-se para a casa do pai que, então, já constituía uma nova família. Relatou que, a partir desse reencontro, “descobriu” seu pai. M o descreve como uma pessoa extremamente racional e lógica: bem sucedido em sua vida profissional, estruturado na vida afetiva e familiar e protetor em relação a M, não interferindo em nada na rotina de M, dando-lhe o apoio pessoal e financeiro para suas iniciativas. M gosta do pai, se preocupa em não magoá-lo, mas vivem vidas paralelas, com eventuais pontos temporários de convergência.

Conceituação comportamental da problemática do cliente: M apresenta atualmente alguns déficits comportamentais e afetivos em função de sua história de vida muito ligada à mãe. Na infância, ela o protegia o tempo todo (“Eu era super mimado pela minha mãe”), fazia tudo por ele, dava-lhe tudo que queria, mas era pouco carinhosa com ele, sempre preocupada com seus afazeres e interesses. Assim, M tem *baixa tolerância à frustração*, desiste facilmente de um objetivo quando há exigências de maior empenho para atingi-lo. As condições materiais sempre lhe foram favoráveis: aquilo que deseja lhe é dado quase imediatamente e sem nenhum esforço. Isto mantém a baixa resistência à frustração e o protege da *privação*, condição importante para aumentar o repertório de busca. Na prática, não há nenhuma contingência real que controle seu comportamento de estudar ou de trabalhar com afinco e regularidade: não há relação de contingências entre fazer e obter conseqüências reforçadoras. A relação não-contingente entre conseqüência reforçadora e comportamento se repete no nível material e no nível afetivo (independente do que fizer, ou deixar de fazer, não lhe faltam privilégios materiais e atenção e carinho do pai e da madrasta). Embora os carinhos sejam previsíveis, são escassos porque a relação de independência entre a família e o cliente faz com que a proximidade física não encontre paralelo na freqüência de contato afetivo.

Uma característica da história de vida que ainda permanece é a grande capacidade de M de manter-se sozinho, sentir-se diferente dos outros e não se incomodar com isso. Comportamentalmente, essa característica se confirma porque: 1. não é uma queixa de M; 2. ele não emite nenhum operante para mudar essa condição solitária; 3. recusa-se a participar de eventos sociais dentro da própria casa, em lugares públicos ou casas de pessoas conhecidas; 4. descreve as pessoas de sua idade como chatas, desinteressantes e

se afasta delas. Só participa de eventos sociais em que toma a iniciativa de escolher o programa e as pessoas. Essa sua dificuldade pode ser entendida em função da sua história passada e atual. Uma vez que as conseqüências reforçadoras lhe têm sido dadas, não há necessidade de o cliente observar seu comportamento (já que não é este que as produz) e nem os comportamentos do outro que, em outras condições, precisariam ser observados e controlados para produzirem a conseqüência. Esta condição o tornou “indiferente”: aparentemente não se preocupa com o outro. Assim, não lhe é importante se seu comportamento produz reforçamento ou estimulação aversiva para o outro. Simultaneamente, por ser independente, não se preocupa com a presença do outro, assim este não lhe é particularmente aversivo, nem reforçador. Tem, no entanto, boa habilidade social: mostra-se simpático, demonstra interesse pelo que as pessoas falam ou fazem, é capaz de manter uma conversa, mas de fato pouco se envolve com as pessoas e abrevia os contatos sociais. Conclui-se que demonstra pouca afetividade. Está mais habituado a receber do que a dar afeto e se basta com o pouco que recebe. Parece uma pessoa centrada em si mesma, pouco preocupada com os sentimentos do outro: o que sentem por ele e o que esperam receber afetivamente dele. Ao mesmo tempo, parece dar pouca importância ao que as pessoas pensam a seu respeito, o que, dentro de limites, seria desejável, mas no caso de *M* é uma indiferença excessiva. Funcionalmente, parece que esse padrão foi estabelecido na infância, na forma de fuga-esquiva do que os outros pensavam e sentiam em relação a ele. Isolar-se era uma forma de minimizar críticas, ridicularizações, agressões etc. Atualmente, se preocupa com o que os outros pensam dele em dois aspectos: sua inteligência e sua aparência física.

O vínculo com a mãe na infância parece ter se estabelecido e se estreitado como um comportamento de fuga-esquiva: ela o protegia do mundo externo hostil, mas não lhe dava amor. Ela se preocupava com a aparência do filho, não com os sentimentos dele. Ela também tinha ganhos próprios por cuidar de *M*: usufruía da companhia dele como antídoto contra a própria solidão. Se havia entre eles um vínculo de amor, esse era tênue. Assim, nenhum se ressentiu, explicitamente, da falta do outro quando se separaram; só visitava a mãe para fugir das críticas dela (“*Você me abandonou; não vem mais me ver*”). Ela, por sua vez, só o procurava nas fases em que estava afastada das amigas. Os encontros entre os dois eram protocolares. Finalmente, ele lidou com a morte da mãe com perturbadora naturalidade.

Esse relativo isolamento social afastou *M* das contingências sociais. Como não se expõe ao convívio social, não há contingências sociais para desenvolver interesses típicos de uma pessoa de sua idade. *M* pouco se interessa pelos temas do dia a dia: esporte, política, artes, cinema etc. e isso acaba sendo desvantagem no convívio social cotidiano. Assim, fecha-se o círculo que empobrece o repertório social: sem convívio social, o repertório é limitado; sem repertório social, o convívio fica mais difícil.

M desenvolveu duas características marcantes. A primeira - quase uma imitação da mãe - é a preocupação com sua beleza (nariz, cabelo, estatura, peso etc.) e a busca de um encaminhamento profissional explorando esse aspecto: ser artista de teatro, de TV ou modelo. Sua preocupação com a beleza chega a ser obsessiva e procura compulsiva e impulsivamente aprimorar seu físico com cirurgias, ginástica etc..

A segunda característica é apresentar um conjunto bastante sólido de auto-regras. Essas auto-regras tiveram inicialmente o *status* de regras formuladas pela mãe. Algumas delas poderiam ser: “*Sou bonito e posso ser famoso, admirado, invejado por isso*”;

“Não preciso das outras pessoas para viver e ser feliz, desde que esteja fazendo o que eu quero”; “O que importa é o que eu quero fazer”; “Os outros levam uma vida de merda e não quero viver como eles”; “Meu pai é legal, super racional, bem sucedido, queria ser como ele, mas sou novo para pensar nisso agora” etc. A hipótese é que essas auto-regras foram instaladas desde a infância e sob contingências de fuga-esquiva, o que as tornou extremamente resistentes a mudanças. No processo terapêutico, *M* não tem se mostrado interessado em rever essas auto-regras e nem em colocá-las à prova. Assim, não se expõe ao controle mais natural das conseqüências sociais do seu meio (procurando formar amigos, interessando-se por atividades e temas mais típicos das pessoas de sua classe social e faixa etária).

Resistência do cliente a mudanças

A análise do terapeuta revelou que as queixas do cliente são conseqüências de suas dificuldades básicas. Estas dificuldades, no entanto, *não aparecem na queixa*, mas se não forem devidamente superadas haverá pouco progresso terapêutico.

O cliente, ao procurar ajuda terapêutica, não veio para aprender a lidar com a frustração, nem para se expor à condição de privação, nem para desenvolver repertório social. Por outro lado, seu sistema de auto-regras é bastante consistente e tem lhe servido para evitar prováveis condições aversivas. Não é de se estranhar, portanto, que resista a alterar seu sistema de valores (aquilo que lhe é reforçador atualmente), que resista substituir seu repertório presente de comportamentos (que produz reforçadores positivos transitórios, mas a curto prazo) por outro (que produzirá reforçadores positivos duradouros, mas a longo prazo). Sabe-se que repertórios de fuga-esquiva são muito resistentes a mudanças e à extinção. Trocar um repertório, sob controle de auto-regras, por outro sob controle de regras (enunciadas pelo terapeuta), teria sentido se houvessem *claras evidências das vantagens* destas regras sobre as auto-regras. Isso só poderia ser demonstrado - se for demonstrável - pela exposição do cliente às contingências sociais naturais descritas pelas regras. Ou seja, seguir as regras do terapeuta implica em mudar de fato o repertório do cliente e expô-lo às condições sociais, que lhe são *a priori* aversivas, com a expectativa de que esse contato real produza conseqüências reforçadoras positivas. Convém lembrar que essa aproximação social - se fosse aceita pelo cliente - seria criteriosamente programada para maximizar a probabilidade de ser bem sucedida. Ocorre, porém, que o cliente nem sequer se propõe a tentar.

Conclusão: a resistência a mudanças encontra explicação na história de vida do cliente, nos padrões comportamentais que adquiriu em função dessa história e nas contingências de reforçamento atuais, que, embora diferentes das contingências passadas em alguns aspectos, mantêm semelhanças que tendem a manter o mesmo padrão comportamental.

Análise do terapeuta da resistência do cliente a mudanças

O terapeuta, em função do seu treino conceitual, pode fazer uma análise abrangente da problemática do cliente. A percepção que o terapeuta tem do cliente vai além da que ele (cliente) tem sobre si próprio, mas a extensão da análise do terapeuta não deve ser imposta ao cliente. Isso porque tal análise deve incluir também a *análise da resistência do cliente*. É de se esperar mesmo que ele resista, em função de suas histórias passada e presente de contato com as contingências de reforçamento.

A proposta de ação terapêutica deve incluir então:

- a. Manter inicialmente intacto o conjunto de auto-regras do cliente. Não insistir em mudá-las a curto prazo. Além de ser uma tarefa quase impossível, que provavelmente desgastaria a relação terapeuta-cliente, se essa meta fosse alcançada deixaria o cliente desprotegido, pois falta-lhe um repertório alternativo para lidar com seu contexto de vida;
- b. Levá-lo a discriminar, nas interações sociais em que aceita participar, o que os *outros despertam nele afetivamente* e o que *ele desperta afetivamente nos outros*. O que é mais fácil *discriminar* nos outros, num primeiro momento, é o que dizem e fazem em relação a ele e *inferir* quais sentimentos estariam associados a essas ações;
- c. Levá-lo a interagir mais intimamente com seu pai, madrasta e irmão, uma vez que são pessoas reforçadoras para ele (pelo menos não são aversivas), interessando-se pelo que fazem, procurando ajudá-los no que for possível, falando um pouco mais de si etc., ou seja, desenvolvendo um repertório que produza possíveis reforçadores para a família e, potencialmente, aumente a *densidade* de atenção e carinho deles em relação a ele;
- d. O terapeuta ser genuinamente afetivo com ele, dando-lhe, dentro do contexto terapêutico, um modelo de relação afetiva e, ao mesmo tempo, sendo perspicaz para modelar expressões de afeto por parte do cliente, por mais incipientes que sejam;
- e. Reforçar a iniciativa de buscar as alternativas profissionais que deseja (trabalhar em teatro, TV, ser modelo etc.), já que é um repertório forte nele e não é em si inadequado (embora, no seu contexto de vida e pela maneira como o cliente justifica seu interesse por elas, até possa ser) ele se engajar nessas atividades. A justificativa terapêutica é que se trata de uma atividade com a qual há alta probabilidade de ele se envolver e, como tal, é propícia para levá-lo a entrar em contato com a vida real: terá que se submeter a horários, a regras de conduta, à competição, a elogios (genuínos), a punições (genuínas) etc. Uma situação, enfim, que não está sob seu exclusivo controle.

O desejo do cliente pela mudança

As iniciativas para ingressar no teatro representam bem o padrão típico de comportamento do cliente: participou de alguns ensaios, teve um desempenho de destaque (relato seu), mas não se manteve no grupo. “*Não é bem o que eu quero*”, “*A diretora é legal, mas o grupo é fraco*”, “*Não me chamaram para um ensaio em que iam*

distribuir os papéis”, “*Foi me dado um papel secundário, e olha... mesmo assim... me destaquei mais que...*”, são frases que resumem seu envolvimento nessa experiência. Não formou nenhuma amizade nesse ambiente, namorou por umas semanas uma modelo que também ensaiava teatro nesse grupo e, afinal, se afastou de todos. O ingresso na TV envolve, segundo ele, dificuldades ainda maiores e não dispensa a “*fase teatro*”. Deixou, então, “*para outro momento*”.

Resolveu, então, mudar seu visual. Algo novo, que chamasse a atenção, que “*botasse prá quebrar*” e que fosse sua porta de ingresso para o mundo dos modelos, fotos artísticas, passarela... Quem sabe? Sua idéia era raspar a cabeça e cobri-la com tatuagens. Resolveria o problema do cabelo, dos implantes e produziria um “*new look*” completamente original.

Entraram em ação a obsessão (o tempo todo pensando nisso, planejando como seria a tatuagem, como ficaria etc.); o impulso (busca imediata do prazer): “*tem que ser logo... tem que ser já*”, “*não sei se vou agüentar esperar até o tatuador chegar... sei que vou (esperar) porque ele é o melhor... mas, ele poderia já estar aqui*”; e a compulsão: saiu em busca de quem poderia fazer até descobrir que haveria um Encontro de tatuadores e tatuados em que estaria presente um conhecido tatuador vindo do Exterior... Descobriu seu telefone, ligou e deixou marcada a sessão de tatuagem. Aí começou a mudança concreta: a tatuagem foi feita.

Após a mudança, teve um choque. A reação das pessoas não foi a que esperava: variou de uma aceitação silenciosa (que lhe indicou uma reprovação) até críticas explícitas: “*O que você fez com sua cabeça?*”, “*Mas, isso não sai mais?*” “*Que horrível!*” “*Que será do seu futuro quando você quiser ter um trabalho, um cargo sério?*”. Culminou com uma conversa com o pai, que o procurou para lhe dizer que estava muito preocupado com ele, que lamentava não ter estado mais próximo dele esse tempo todo, oferecendo-lhe ajuda. Um misto de crítica e de amor explícito, um encontro raro - se não o primeiro neste nível - entre pai e filho.

A resistência do terapeuta a mudanças do cliente

A mudança descrita acima foi apenas *formal*. O padrão de comportamento do cliente continuou exatamente o mesmo e sua busca de uma mudança radical apenas reafirmou que seu modo de lidar com suas dificuldades e com o seu mundo social não se alterou, apenas se radicalizou. Assim, a análise do terapeuta levava à direção oposta à ação do cliente, mas resistir explicitamente ao cliente seria equivalente a ignorar sua história de vida e as contingências que vêm controlando seu comportamento. As análises do terapeuta envolveriam descrições de contingências aversivas, *possíveis*, mas não necessariamente reais (por ex., “*Trata-se de uma mudança radical que pode não produzir os resultados desejados*”; “*Você pode não gostar do resultado*”; “*É um bom momento para controlar sua impulsividade e pensar mais antes de agir*” etc.). Mas, o próprio cliente também descrevia as possíveis conseqüências aversivas advindas de sua decisão. Tais descrições, porém, não cercearam o comportamento do cliente, pois a elas opunham-se descrições, agora feitas pelo cliente, de contingências também *possíveis*, mas reforçadoras (“*E se der certo?*” ...).

Era prematuro o momento para o terapeuta expor claramente para o cliente a análise completa das dificuldades comportamentais que possuía. O cliente simplesmente não estava preparado nem para entender, nem para aceitar tal análise. O comportamento de *entender* uma análise envolve todas as dificuldades próprias da aquisição de um comportamento complexo. Para alguém ficar sob *controle de estímulos* que estão envolvidos numa situação complexa nova a ser aprendida é necessária uma introdução *gradual e sistemática* dos estímulos (*fading in*). Simultaneamente, para uma pessoa atuar com um *repertório complexo novo* diante de uma situação de estímulos complexos, é necessário se fazer um reforçamento diferencial, a partir de padrões comportamentais mais simples, com exigências gradualmente mais complexas em direção ao comportamento terminal desejado (*modelagem*). Tudo isso tem um *ritmo próprio determinado pelas características comportamentais do cliente e do terapeuta*. Uma vez que fracassou a tentativa do terapeuta de colocar o comportamento do cliente sob controle de antecedentes verbais que descreviam possíveis (e prováveis) conseqüências sociais aversivas para sua escolha de “tatuarse” (comportamento governado por regras); e, diante da alta probabilidade de o cliente emitir comportamento de “tatuarse” sob controle de suas auto-regras (“*Se der certo, vou ser um sucesso*”), a alternativa final foi observar como o comportamento dele, se fosse emitido, seria modelado pelas conseqüências sociais naturais que iria produzir.

Restava ao terapeuta: 1. *aguardar* que o cliente emitisse o comportamento de “tatuarse” e entrasse em contato com as conseqüências sociais naturais do seu ato, isto é, expusesse seu comportamento ao controle das conseqüências que produzisse; 2. *observar* as novas contingências em operação; 3. *analisar* com o cliente essas novas contingências, de modo a tentar evitar que *M* se engajasse em novos padrões de fuga-escriva que o afastassem de discriminar as reais contingências em operação.

As conseqüências sociais que ocorreram tiveram funções terapêuticas: produziram mudanças inesperadas e rápidas no cliente, exatamente as desejadas pelo terapeuta.

A reação do meio social de *M*, quando expôs a tatuagem, deixou-o profundamente deprimido. Ele redigiu um longo depoimento ao qual deu o título *Memórias de um deprimido. Parte I*. Com um subtítulo irônico entre parênteses (*e se tudo correr bem, a última*). Seguiram-se a esse depoimento outros dois.

A transcrição de alguns trechos é importante para explicitar o que ocorreu:

Frases que ilustram a resistência do cliente a mudanças que foram, inicialmente, desejadas por ele próprio

“O que mais me incomodava é que eu não vivia plenamente o dia atual, só me concentrava em achar que tudo no futuro seria plasticamente perfeito e isso já me bastava para ficar semi-feliz e tocar adiante. Era incrível o quanto eu me isolava dos outros, me bastava sair de casa 2 vezes por semana para dar uma volta, jantar, ir à boites, etc. para ficar numa boa comigo mesmo, porque à noite eu dormia e pensava:

“vai demorar, mais vai acontecer cedo ou tarde - eu vou ficar lindo e serei amado e a minha vida será plena”. Fiz três implantes, tendo sempre esta linha de raciocínio sempre: “ah, mais um implante... ficou meio ruim, mas assim que fizer mais um vai ficar ótimo e o meu sonho vai adiante”. Acontece que depois de 3 implantes eu continuava me achando feio.

“Bom, acontece que eu sempre tive uma idéia paralela, o plano B, que era de, se caso o meu cabelo caísse todo, eu tatuaria a minha cabeça e esqueceria o assunto. Desta maneira eu pararia de pensar nos míseros fios de cabelo que estão caindo e guardava as minhas energias para me preocupar com algo maior e mais produtivo. Finalmente eu parti para a tatuagem. Eu comecei fazendo na parte de trás, para cobrir a cicatriz do implante.

“O que eu estou começando a perceber é que eu arrisquei pra cacete nesses últimos anos, em matéria de inovação e melhorias plásticas para o meu corpo, e acabei não vivendo merda nenhuma. Eu tenho tanta vontade de cagar pra minha aparência, ser amigo de todos, independente de seus atributos físicos e / ou QIs - mas eu não consigo.

“Bom, voltando à parte que me aflige mais no momento, eu fui viajar e finalmente completei a minha obra prima - fiz uma tatuagem em cima da minha cabeça. Bem visível, e contando que o meu cabelo não tem densidade suficiente para cobrir a tatuagem, visível eternamente, mesmo que o cabelo cresça. Veja o que eu pensava antes de fazer a tattoo:

1. *Vou ficar com uma cara exótica (depois de muito me decepcionar descobri que não importasse o que eu fizesse, eu não mais iria ficar liiiiiiiindo como gostaria).*
2. *Vou poder peneirar as pessoas com quem me relacionar, já que somente as pessoas esclarecidas, de cabeça aberta e sem preconceitos e inteligentiiiiiiiiíssimas iriam gostar do meu novo visual.*
3. *Já que terei uma cara exótica, vou poder me lançar como modelo e ficarei famoso, encontrarei pessoas diferentes e de visão em minha nova carreira e só estarei cercado de pessoas maravilhosas.*
4. *Todos irão me notar, gostando ou não, o que fará as pessoas sempre me requisitarem e eu nunca mais ficarei sozinho. Serei um marco na história da beleza plástica - eu seria um revolucionário com um look do ano 2000.*

Agora devo lhe contar o que eu estou sentindo hoje:

1. *Fiquei mais feio. Fiquei exótico, mas também fiquei mais feio. Eu gosto bastante da tatuagem. Será que eu acho isso mesmo ou as opiniões negativas das pessoas me levaram a crer que eu fiquei cú???*

2. *Foderam as minhas relações interpessoais. Todos os meus amigos me verão como um side-show freak, e se afastarão de mim. Conhecer pessoas não vai ser nada fácil, pois imagino que se a cada ano eu conversava com 100 pessoas e fazia 1 amigo, agora eu falarei com 100 pessoas que lembrarão de mim como “O tatuado” e estarão cagando pro meu interior. Isso sem contar que acho que serei marginalizado por muitas pessoas.*
3. *Ainda estou incerto quanto a carreira de modelo, agora estou achando que estou pouco versátil por sempre ter o mesmo look “tatuado geração 2000” - ou “marginal”, se preferir. E acho que se der sorte e conseguir entrar na profissão, serei marginalizado pelos outros modelos que estão a minha volta.*
4. *Acho que ficarei sempre sozinho. Não me vejo saindo com uma menina legal, bonita, interessante que não pense “esse cara até que é interessante, mas não quero ir contra o mundo e passar por toda a barra de ter um cara tão diferente e marginalizado do meu lado - mostrar pro meu pai, mãe...”*
5. *Acho que acabarei apenas me relacionando com pessoas que se encontrem na mesma situação que eu: que sejam marginalizadas porque também tem muitas tatuagens ou porque são pouco convencionais... eu mesmo tenho preconceito contra estas pessoas.*

“Vale a pena ter tanto stress sobre algo assim? Todos diriam que sim, claro. Se alguém consegue se ver com uma tatuagem destas na cabeça certamente diria que iria entrar em coma profundo por pelo menos um mês. Eu acho que estou meio em coma. Estou com medo de sair e ver a reação das pessoas. Estou com mais medo de ver a reação das pessoas e ficar influenciado e passar a odiar a tatuagem e ter que removê-la.

“Hoje, o que me parecia o melhor caminho para a minha vida, me parece uma sucessão de caminhos infelizes. Será que eu quero mesmo chamar a atenção do mundo. Será mesmo que eu quero fazer um “statement” com a minha aparência. Será mesmo que eu agüento a barra de ter todo o dia alguém me perguntando o que eu fiz na minha cabeça, por que eu fiz, se é definitivo, se doeu... não sei - eu achava que não iria me importar com nada disso. Achei que poderia passar por tudo isso desde que não me preocupasse mais com a queda dos meus cabelos - parece até atirar numa formiga com um canhão. Eu acabei mudando toda a minha vida por causa da minha queda de cabelos...

Frases que ilustram mudanças verbais do cliente em aspectos nem sequer esperados por ele (resultado do contato com novas contingências)

“É engraçado como eu achava que EU não seria marginalizado pela sociedade. Eu achava que se me portasse de um modo totalmente diferente da galera fodida e tatuada

eu iria lançar uma nova geração de pessoas evoluídas-comentadas. Hoje eu acho que sou único na praça. Talvez por não ter visto ninguém com uma tatuagem na cabeça, todas as pessoas que vi extremamente tatuadas me parecem de 5a. categoria. Que preconceito eu tenho! Como é foda estar do outro lado da moeda. Mais foda ainda é que EU escolhi estar aqui. Eu poderia ter ficado carequinha, normalzinho, e ter tido uma vida legal, ter amado muitas pessoas e ter sido feliz.

“Eu fico pensando se uma vida simples, com o seu trabalho, as coisas que você gosta em volta de você, não são o suficiente? Cara, eu devo estar cego, ou meio louco pra não ver que tem 1.000.000 de pessoas neste mundo que são super felizes, ou apenas felizes vivendo na sua casinha com a sua mulherzinha e seus filhinhos, tem um empreguinho bom, tem uma comidinha boa pra comer e não tem muito mais aspirações no futuro. São pessoas que se contentam com pouco - mas por que eu considero isso POUCO? Talvez porque pra mim fosse pouco até há algum tempo. Eu tinha uns sonhos de grandeza, de conquistar o mundo, de ser famoso. É uma barra realmente fazer algo definitivo. Acho que se eu tivesse feito algo que sumisse com o tempo, algo que eu pudesse usar por um tempo e depois tirar, eu acabaria descobrindo que não era bem assim. É estranho como eu estou me sentindo preso a esse novo estilo de vida. Eu fico achando que sou o único deste jeito no mundo e como tal, ficarei sozinho. E o pior é que não se trata de algo de terrível que me aconteceu, trágico, como um acidente - tipo perder uma perna, ficar deformado na cara, e aí sim sentir o preconceito de todo mundo, mas também sentir algum amparo pois as pessoas sabem que foi algo que eu não escolhi. Por isso, se eu não me impuser no mundo como sou hoje e começar a ficar cabisbaixo, ninguém terá alguma simpatia para comigo. Dirão: “Foi ele quem quis assim”. E o pior é que foi mesmo! Cara. Será que esse foi o maior erro da minha vida?

“O fato é que alguma coisa pelo menos teve de bom com tudo isso. Se eu sair bem desta história, isto é, com a minha tatuagem, me aceitando e vivendo legal, eu tenho certeza de que pelo menos eu fiquei muito mais condescendente para com o próximo, para com aquele que é hostilizado, para aquele que é diferente. Essas pessoas, antigamente, elas não existiam pra mim. Eu estava me tornando uma pessoa de pedra - uma pessoa altamente egocêntrica. Por outro lado, se eu me der mal nesta “aventura” e tiver que tirar a tatuagem, eu pelo menos acredito que terei aprendido a ser mais humano, a valorizar mais as coisas que tenho nesta vida, que são pai, amor (ainda falta muito, porém), casa, estabilidade, dinheiro, expectativa de futuro. Cara, o meu pai pensa tão diferente de mim, e às vezes faz TANTO sentido pra mim o que ele está dizendo.

“Uma coisa que me deixa triste se eu remover a tattoo é saber que todos estes pensamentos que eu tive durante estes dias tenderão a passar. Provavelmente eu serei feliz, mas acho que continuarei a ser egoísta e fútil. Eu juro que queria ficar com este sentimento que estou sentindo em relação aos outros, esse sentimento de compreensão para com o próximo para sempre comigo.

“Uma coisa interessante que é um efeito colateral legal disso tudo é que eu acabei virando o amigo no. 1 do meu irmão. Eu acho que eu já sou o amigo no. 1 do meu

irmão pra ele, mas ele acabou virando meu melhor amigo. Meu irmão de 9 anos. Veja só! Ele é o único que não me reprimiu, bom, ele falou que ficou estranho e tudo quando ele viu da primeira vez, mas agora não liga mais, e ele me puxava pra brincar e jogar video-game com ele. Sabe que ele está sendo o meu maior apoio hoje em dia contra tudo isso? Claro que ele não resolve o problema nem um pouco, mas os poucos momentos em que eu parei de pensar na porra em que tinha me metido, eu estava brincando com ele. Ele é um cara muito legal. Como criança é pura. Ele não liga pro que eu fiz. Ele nem entende o que eu estou passando. Ele provavelmente só acha que eu fiz uma coisa louca que ninguém gostou e que agora eu estou feliz e muito mais legal com ele também, pois estou brincando e tudo mais. Bom, pelo menos para alguém tudo isso que está acontecendo está fazendo algum bem.

“Eu acho que no fundo eu não quero ser admirado pelo meu exterior. Eu só quero e tenho que ser admirado pelas pessoas que estão ao meu lado. Nem admirado - amado. É muito mais interessante pra mim. Acho que eu sinto tanta falta de amor que é só o que eu preciso.

“Várias pessoas as quais eu admirava a vida que levavam, hoje eu imagino que elas também sofrem pra caralho. Um exemplo era a vida de modelo. Eu achava que um cara que tenha conseguido uma vida de modelo tinha puta sorte e devia ser o cara mais feliz do mundo. Afinal ele tinha todas as mulheres aos seus pés, conhecia gente interessantíssima (lá vem a minha neura de o que importa são as coisas “issimas” da vida) viajava feito um louco, tinha mil pessoal adorando o chão que ele pisa... hoje eu acho que esse cara tem uma vida legal, tudo bem, mas ele também deve ter vários problemas foda. Deve sofrer com a solidão pra cacete, deve sentir falta de um lugar pra chamar de lar, deve sentir falta de falar sua própria língua... enfim...

“Porque é que eu estou sempre tão inquieto, querendo me arriscar e fazer mil coisas diferentes se eu tenho o que pode ser uma vida boa pra caralho? Eu andei pensando e acho que a única resposta pra minha pergunta é que tenho que percorrer um caminho antes de me sentar aqui nesta mesma cadeira neste mesmo local (metaforicamente falando) e viver esta mesma vida MARAVILHOSA! Quando as pessoas não tem a sorte de ter uma vida privilegiada, elas sabem que esse tipo de vida é bom e perseguem este ideal. Mas se você já nasce com isso, você acaba não dando valor! Não, é claro que eu dou valor a tudo o que tenho, mas eu não amo tudo o que tenho com a intensidade de uma pessoa que batalhou para ter tudo isso. Quando você vem da favela e tem o ideal de ter um lar decente, ter aonde educar seus filhos, ter o que comer todos os dias, você se dá por satisfeito quando você atinge isso.

“Vou continuar a pensar positivo e ligar menos para o que o espelho reflete. Eu tenho que parar com essa neura de beleza e perfeccionismo.

Análise do texto elaborado pelo cliente

Os comentários de *M* podem dar a impressão que o contato com as conseqüências sociais do seu comportamento de “tatuarse” deu-lhe uma série de “*insights*” ou que ele tomou, subitamente, “consciência” de algumas das suas características comportamentais e afetivas e também de algumas peculiaridades de seu estilo de vida. “Insight” e “consciência” são termos usados por abordagens psicológicas mentalistas, que atribuem um papel *causador* à mente e, como tal, dentro da concepção do behaviorismo radical e da ciência do comportamento, não são aceitos como agentes internos mentais, com funções de causalidade de comportamentos, nem de sentimentos. O cliente, durante o processo terapêutico, foi exposto a contingências que produziram sutis, sucessivas e cumulativas discriminações em relação: 1. ao seu próprio repertório de comportamentos; 2. aos sentimentos ; 3. a sua inserção no meio social e familiar em que tem vivido. Ao mesmo tempo, foi exposto a contingências manejadas pelo terapeuta que lhe deram: modelos de comportamento, instruções para ações específicas e novas regras para descrever as relações entre comportamentos de *M* e seu ambiente social e familiar. Devido às características do cliente, nunca lhe foi solicitado que expressasse concordância ou compreensão em relação ao que o terapeuta lhe dizia. Assim, por exemplo, o terapeuta poderia dizer a ele “Seus comportamentos com as pessoas na praia mostraram que você estava mais tolerante e receptivo a elas do que no fim de semana na sua casa” (contingência para discriminar entre padrões sociais de comportamentos emitidos por *M* em dois contextos distintos); “Você poderia ter dito ao *G* (“amigo” do teatro) que foi legal ele ter ajudado a preparar o churrasco, em vez de chamá-lo de churrasqueiro o tempo todo” (contingência para instalar novo padrão comportamental em *M*, que inclui instrução para ação ou modelo de comportamento verbal sugeridos pelo terapeuta). Nunca o terapeuta ia além dos exemplos acima com questões tais como: “Você não acha?”; “Você concorda?”. Durante as sessões, antes do “tatuarse”, o cliente não manifestou publicamente as novas discriminações, nem os novos comportamentos, mas isso não significa que não tivesse adquirido as tais discriminações e os tais comportamentos, a partir das intervenções sistemáticas do terapeuta. Uma possível explicação para a manutenção dos padrões comportamentais anteriores à exposição de *M* à terapia é que havia contingências de reforçamento no seu meio social mantendo tais padrões. Ao mesmo tempo, as contingências provindas do terapeuta eram *restritas* ao ambiente terapêutico durante uma hora semanal e, se comparadas com as do mundo cotidiano de *M*, *fracas* para serem capazes de substituir um padrão comportamental prévio, bem estabelecido, por um novo padrão, ainda insipiente, na rotina de vida do cliente. As conseqüências sociais contingentes ao “tatuarse” criaram uma condição aversiva da qual o cliente buscou fugir e se esquivar: aumentou, assim, a variabilidade comportamental, por ora *no nível verbal* (exceto nas suas relações com o irmão com que tem efetivamente brincado e interagido em casa). Se as conseqüências sociais aversivas descritas continuarem, pode-se esperar que a variabilidade comportamental se amplie, até que as conseqüências selecionem novas classes de comportamento de *M*, que sejam funcionais para reduzir as conseqüências sociais aversivas (seleção de comportamento via reforçamento negativo) e também funcionais para produzir conseqüências sociais reforçadoras (seleção de comportamento via reforçamento positivo). Pôde-se constatar que o processo terapêutico muito contribuiu para o desenvolvimento de *M*, a partir da observação de que a variabilidade comportamental,

apresentada pelo cliente, *incluiu os padrões comportamentais novos aprendidos com o terapeuta durante as sessões*, que passaram a ser funcionais para ele (produziram reforços positivos e minimizaram conseqüências sociais aversivas) no contexto atual de vida de *M*. Pode-se dizer, então, que a exposição de *M* às conseqüências sociais reais aversivas teve a função de uma *operação estabelecadora* (aquela em que a função de estímulos se altera, como, por exemplo, na operação de privação, em que aumenta o valor reforçador do item do qual se foi privado). Desta forma, a reação das pessoas a ele, previamente com função “neutra”, se tornou funcionalmente aversiva; as deixas do terapeuta, previamente com função fraca de SD, se tornaram estímulos discriminativos poderosos; operantes verbais e não verbais instalados na interação com o terapeuta, inicialmente sem função relevante, passaram a ter função de fuga-esquiva eficaz etc. A presente análise enfatiza que são desnecessários e inadequados os conceitos mentalistas para a compreensão das verbalizações de *M* expressas no texto que redigiu.

Frases que ilustram a percepção que o cliente teve do papel do terapeuta

“Fico pensando se o meu psicólogo, não deveria ter de alguma maneira me aberto os olhos um pouco mais. Ele é um cara tão esperto, será que ele não sabia como eu iria me sentir? Bem que ele me avisou que eu iria me arrepender. Eu sei. De nenhuma maneira eu coloco a culpa nele pelo o que aconteceu. Eu teria feito a tattoo se ele não existisse, de qualquer maneira. TODO mundo me disse que seria uma cagada, só eu não acreditei. Eu sou cabeça dura. Será que ele sabia bem do desfecho que iria se passar desta história e também sabia que não adiantaria tentar me convencer? Mas acho que o papel de psicólogo não é mesmo o papel de um pai. Ele não deveria mesmo ter me dito nada do que achasse. Pois talvez ele saiba que isso seria um “turning point” na minha vida. Isso pelo menos eu acho. Se eu não tivesse ido tão a fundo na merda que eu estou sentindo hoje, eu acho que não teria visto muitas coisas. Ah, eu queria que fosse fácil assim: tá bom, agora eu sinto todos esses sentimentos bons, quero abraçar o mundo, quero compartilhar... e pelo fato de eu ter visto isso agora, não mais perderei estes sentimentos.

“Eu quero muito saber o que o meu psicólogo pensa de toda essa situação. Acho que estou ficando com síndrome do pânico. Estou meio com medo de sair de casa. Medo não, mas muito preocupado com a reação alheia. Eu as vezes penso que o meu psicólogo sabia bem o que iria acontecer, e qual seria o desfecho desta história (embora ainda não tenha desfecho), e que ele meio que não fez uma força extrema para que eu não fosse adiante. Não sei... às vezes eu acho que fui eu quem acabou o contagiando com todo o meu entusiasmo e ele acabou tendendo a achar que seria mesmo assim tão legal quanto eu pensei. Sei lá. Tô paranóico.

Análise dos comentários feitos pelo cliente sobre o papel do terapeuta

O cliente questionou a atuação do terapeuta: não deveria tê-lo impedido de “tatuarse”? Teria o terapeuta capitulado aos controles vindos do próprio cliente? *M*, nas frases do texto, deixou claro que discriminou as conseqüências de “ter se tatuado” e gostaria de poder fugir delas; não discriminou, porém, o *processo comportamental* que o levou a se “tatuarse”. Assim, *antes de tatuarse*, os comportamentos de *M*:

1. estavam sob *forte* controle de um conjunto amplo de contingências de reforçamento que tiveram determinadas funções na sua história de vida (era reforçador ser bonito, ser diferente, fazer qualquer coisa que quisesse na vida, importar-se pouco com os comentários dos outros, exceto a respeito de sua aparência etc.; por outro lado, era aversivo ser cooperativo, ceder às sugestões do outro, viver sob controle de regras sociais do grupo de pessoas de sua esfera social e de regras de um ambiente de trabalho ou de estudo etc.)
2. estavam sob *forte* controle de contingências de reforçamento que aumentavam a probabilidade de se engajar em algum tipo de comportamento “diferente”, que lhe propiciasse condição para sair da condição de privação de atenção;
3. estavam sob *forte* controle de condição de privação social (*M* se descrevia como insatisfeito com sua vida pessoal, com sua alienação profissional, com o vazio afetivo que vivia etc.);
4. estavam sob *fraco* controle de contingências de reforçamento provenientes de outras pessoas (terapeuta, pai, alguns “amigos” etc.), que se opunham aos seus comportamentos em geral e ao “tatuarse”, em particular (mas, todos queriam que ele passasse a emitir novas classes de comportamentos tais como trabalhar ou estudar sistematicamente, se relacionar espontaneamente com as pessoas, fazer programas mais ou menos típicos para jovem de seu contexto etc., sem perder em originalidade, nem criatividade, mas não excessivas).

Por outro lado, *depois de tatuarse*, os comportamentos de *M*:

1. ficaram sob *forte* controle das novas contingências de reforçamento que surgiram: basicamente, conseqüências sociais aversivas contingentes ao comportamento de “tatuarse”;
2. ficaram sob controle de contingências que eram fracas, mas se tornaram fortes. Assim regras emitidas pelo outro não controlavam seu comportamento antes de tatuarse, mas passaram a governar seus comportamentos (pelo menos os verbais) após ter se tatuado (por exemplo, as regras do pai mudaram de função para *M*). Da mesma forma, os comportamentos do irmão menor mudaram sua função: inicialmente eram S delta, depois passaram a ser SD para comportamentos atuais de cooperar, interagir etc. As mudanças de comportamento de *M* após ter se tatuado ocorreram rapidamente, ou seja, ele respondeu prontamente às novas contingências, de modo tal que ele perdeu de vista todas as transformações que *vinham se processando gradualmente* nas relações dele com o ambiente social, desde o início do processo terapêutico. As mudanças nas contingências sociais não modelaram rapidamente comportamentos complexos novos em *M*, mas evocaram a emissão imediata de comportamentos complexos *já existentes* no seu repertório, mas que não estavam sendo emitidos por ausência de controles apropriados para tais comportamentos. O comportamento de “tatuarse” e as conseqüências sociais aversivas, inesperadas para ele, que se sucederam, atuaram como

catalisadores: não produziram as transformações no cliente, apenas as aceleraram e as tornaram visíveis para *M*. Sua mensagem escrita para o terapeuta estava, portanto, apenas sob controle do *produto final* (“ter se tatuado”) e das *consequências sociais* que gerou e não sob controle de todo o *processo comportamental* envolvido. Ou seja, o processo terapêutico não está encerrado, uma vez que *M* precisa se tornar completamente ciente do que ocorreu com ele.

Referências

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. e Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul. Publicação original 1979.
- Catania, A. C. (1998) *Learning*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Journal of Applied Behavior Analysis (1968 –). Lawrence, Kansas: publicado pela Society for the Experimental Analysis of Behavior, Inc.
- Journal of the Experimental Analysis of Behavior (1958 –). Bloomington, Indiana: publicado pela Society for the Experimental Analysis of Behavior, Inc.
- Mamet, D. (2002). Mistério da Arte Reside na Nota que Falta. *Folha de São Paulo*. São Paulo.
- Martin, G. e Pear, J. (2002). *Behavior Modification – What it is and How to do it*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Queiroz, P. P. e Guilhardi, H. J. (2001). Integração de Contingências em Ambiente Clínico e Natural para Desenvolvimento de Repertório de Comportamentos e Discriminação de Sentimentos. Em Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P. e Scoz, M. C. (Org.) (2001). *Sobre Comportamento e Cognição*, Vol. 7. São Paulo: ESETec, pp.453 – 475.
- Skinner, B. F. (1994). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes. Publicação original 1953.
- Skinner, B. F. (1993). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. Publicação original 1974.
- Skinner, B. F. (1990). Can Psychology Be a Science of Mind? *American Psychologist*, 45 (11): 1206 – 1210.
- Zettle, D. R. (1990). Rule Governed Behavior: a Radical Behavioral Answer to the Cognitive Challenge. *The Psychological Record*, 40 41 – 49.

