

ALGUMAS DIRETRIZES PARA MELHOR AÇÃO TERAPÊUTICA

HÉLIO JOSÉ GUILHARDI

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

1. Identificamos e alteramos contingências de reforçamento. Nosso interesse primordial são os comportamentos e sentimentos humanos, mas o instrumento de trabalho acessível ao terapeuta comportamental são as contingências de reforçamento. Nada mais! Não trabalhamos com comportamentos e sentimentos, mas com as contingências de reforçamento que os produzem.
2. Aquilo que denominamos sentimento é comportamento com acentuada densidade de componentes respondentes. Comportamento sempre inclui elementos operantes e respondentes interagindo entre si. As leis que regem os operantes (essencialmente formuladas por Skinner) e as leis que regem os respondentes (basicamente formuladas por Pavlov) indicam que diferentes procedimentos e diferentes processos operam, simultaneamente, em qualquer episódio comportamental, que se deseje compreender e controlar. Por exemplo, a presença de um evento com função de $S\Delta$ é suficiente para interromper a emissão de uma resposta operante (por exemplo, a pessoa pára imediatamente de *falar* sobre seu relacionamento afetivo diante de um ouvinte cético ou indiferente), no entanto, simultaneamente, a presença de um evento exteroceptivo (foto, comentário feito por alguém, por ex.) ou privado (uma imagem ou pensamento, por exemplo) com função de CS, continuará eliciando reações respondentes até que a quebra da associação entre CS-US propicie a extinção da função do CS. A relevância do exposto é alertar o terapeuta para a possibilidade comportamental de que o cliente parou de *falar* sobre um relacionamento mal sucedido, no entanto, mantém-se sofrendo, ou seja, continua a *sentir* seu corpo respondendo ao CS: parou de *falar* a respeito do rompimento afetivo, mas continua a *sofrer* por ele. O terapeuta deve estar atento à operação das leis do comportamento durante as sessões: o cliente que, durante o processo terapêutico, parou de *falar* sobre seus problemas e sentimentos e passou a verbalizar sobre outros temas, necessariamente, não melhorou: pode estar se comportando sob controle das contingências de reforçamento operantes manejadas pelo terapeuta, as quais enfraqueceram determinadas classes verbais de comportamento (em função de procedimentos de extinção e punição) e fortaleceram outras classes verbais (em função de reforçamento positivo e negativo). É como se o cliente estivesse vetado pelas contingências manejadas pelo terapeuta, de *falar* sobre determinados temas e liberado, por elas, para abordar outros temas. (No entanto, o CSs podem continuar eliciando respondentes.) Pode ser que o cliente tenha melhorado, tendo como referência as queixas dele, mas deve-se estar atento à possibilidade de estarem ocorrendo *outras mudanças*, que não as desejadas. O terapeuta deve se perguntar: por que o cliente está falando sobre tais assuntos na sessão? Por que está se lamentando menos (ou, ao contrário, está se lamentando mais)? Como meu cliente está se sentindo? Ele está bem? Ele está aliviado? Em função de que contingências ele está agindo, da maneira como o vem fazendo, e me falando o que vem dizendo na sessão? As questões

propostas têm, subjacentes a elas, dois fundamentos: em primeiro lugar os comportamentos, que compõem aquilo que se denomina sentimento (comportamentos respondentes e operantes), devem estar, prioritariamente, sob controle de conseqüências naturais, evitando-se colocá-los sob controle de regras e auto-regras; em segundo lugar, comportamentos operantes sob controle de regras, auto-regras e selecionados por contingências arbitrárias são mais prontamente modelados e mantidos que os sentimentos, mas não por isso precisa ser, necessariamente, a prioridade do terapeuta. Não se deseja que o cliente se comporte como o “bom menino”, aquele que faz aquilo que se espera dele, sem dar importância ao que ele sente, enquanto se comporta. O processo terapêutico deve levar em conta quatro itens:

- a. dar importância aos componentes respondentes do comportar-se;
 - b. empregar mais conseqüências naturais do que arbitrárias;
 - c. enfatizar o uso de técnicas de mudanças graduais; e
 - d. ter por objetivo mudanças graduais, tanto as comportamentais, como as afetivas.
3. Use, basicamente, técnicas de mudanças graduais: modelagem, *fading out e fading in*, contingências de reforçamento positivo amenas, conseqüências naturais. Evite conseqüências arbitrárias e só use contingências de reforçamento coercitivas amenas, temporariamente e se não existirem outras alternativas.
 4. O terapeuta deve estar, na análise e na intervenção, um passo adiante do cliente, mas não deve acelerar o processo terapêutico. Respeite o ritmo do cliente, mas não se limite àquilo que o cliente já está habilitado a fazer. Contribua com algum avanço, mas não fique sob controle do ritmo, dos objetivos, dos sentimentos dele. A terapia é processo interacional, de influência recíproca entre terapeuta e cliente, portanto.
 5. Os comportamentos do cliente devem ser, em última instância, selecionados e mantidos por conseqüências *naturais*. Durante a instalação e fortalecimento dos comportamentos desejados e o enfraquecimento dos indesejados, pode ser necessário o uso de conseqüências arbitrárias, as quais devem, no entanto, ser progressivamente substituídas por contingências naturais. Os efeitos rápidos e significativos que o uso de contingências arbitrárias produz a curto prazo, podem empolgar cliente e terapeuta, mas o comportamento do terapeuta não deve ser deter sob o controle de tais efeitos. Ele deve ir além. Os procedimentos terapêuticos devem levar o cliente a se comportar e a se sentir bem no contexto natural em que vive, já que é em tal ambiente que o terapeuta deve ajudá-lo a se inserir de modo harmonioso, isto é, o melhor possível, a salvo de contingências coercitivas e de eventos arbitrários.
 6. O cliente deve conviver com as pessoas que lhe são relevantes. Como tal, o terapeuta deve incluir em suas análises e procedimentos os repertórios comportamentais de tais pessoas, o que é reforçador para elas e o que lhes é aversivo. Incluir significa que o terapeuta deve ficar sob controle dos três itens mencionados ao fazer interpretações e ao sugerir ações para o cliente, mas não significa que deve submetê-lo, passivamente, às condições sociais. Deve, sim, transformá-las dentro de limites compatíveis com uma convivência social construtiva para todos os lados envolvidos: reduzir aquilo que do outro lhe é aversivo, mas não se tornando aversivo para o outro; prover reforçadores para o outro, mas não às custas de privação de reforçadores para si; suprir déficits comportamentais (instalando comportamentos) e reduzir excessos comportamentais

(preferencialmente, desenvolvendo comportamentos incompatíveis aos indesejados no outro) sem empobrecer o próprio repertório comportamental. O terapeuta deve ser um agente social que aprimora as contingências de reforçamento sociais esperadas no terceiro nível de seleção de Skinner (seleção cultural);

7. Há importantes diferenças entre conhecer sob controle de regras e conhecer sob controle das conseqüências do comportamento. As regras são SDs verbais que descrevem contingências e a função que as regras têm para controlar comportamentos depende da história de contingências a que a pessoa foi exposta em relação a seguir ou não regras. Se as regras têm função de mando verbal, provavelmente, governarão o comportamento do ouvinte, de acordo com as relações expressas na regra. Se as regras têm função de tato verbal, então, poderão ou não governar o comportamento do ouvinte, dependendo de parâmetros dos componentes da regra. Assim, por exemplo, se a conseqüência descrita na regra for muito reforçadora ou muito aversiva haverá maior probabilidade de a resposta, contida na regra, ser emitida do que diante de conseqüências amenas. Pessoas que são pouco sensíveis aos controles sociais, provavelmente, desdenharão as regras. Conclui-se, portanto, que a pessoa “conhece” as contingências descritas pelas regras, no sentido de que será capaz de repeti-las, mas pode-se afirmar que não as “conhece” quando não se comporta sob controle delas. Por outro lado, quando a pessoa é exposta às conseqüências do seu comportamento, ela pode ou não ficar sob controle de tais conseqüências, em função do valor reforçador ou aversivo das conseqüências, da imediatividade ou atraso das conseqüências, das operações estabeledoras presentes em dado momento, da maneira como a conseqüência é liberada (esquemas de reforçamento em operação), da função que os estímulos antecedentes adquiriram no processo de história de contingências. O papel funcional das contingências de reforçamento se impõem, independente, do comportamento verbal da comunidade social a que pertence a pessoa. Conclui-se, portanto, que a pessoa “conhece” as contingências a que está exposta no sentido de que se comporta sob controle das contingências, mas não as “conhece” no sentido de que não é capaz de descrevê-las de forma verbal corretamente. Para conhecê-las, no sentido de se comportar sob controle das funções delas, pode bastar a presença dos componentes das contingências de reforçamento. No entanto, para conhecê-las verbalmente, ou seja, para ser capaz de descrever os componentes das contingências de reforçamento e as interações funcionais entre eles, é necessária a atuação de uma comunidade verbal que instale o comportamento de observá-las, isto é de ficar sob controle delas e de descrevê-las. A conseqüência prática mais imediata da distinção exposta é que, em geral, torna-se pouco útil descrever as contingências para o cliente, se não forem criadas condições para ele se expor diretamente às contingências descritas. O terapeuta não deve ficar, exclusivamente, sob controle da “compreensão” que o cliente teve daquilo que ele expôs verbalmente na sessão. Quando o cliente concordou com o terapeuta, ou repetiu as contingências que lhe foram descritas, ou se comprometeu a se comportar sob controle das tais contingências, ou relatou que se comportou sob controle das contingências verbalmente expostas pelo terapeuta, ele pode estar se comportando sob controle das conseqüências que o *comportamento verbal* dele extrai do terapeuta e não das conseqüências previstas nas descrições das contingências. Cuidado, portanto, com os processos comportamentais que estão ocorrendo na sessão. O terapeuta deve manter-se atento ao fato de que o

comportamento verbal está sob controle de contingências específicas e é nelas que se deve buscar o significado das palavras proferidas pelo cliente.

8. Pode concluir que tornar-se “consciente”, para o analista de comportamento, envolve dois processos simultaneamente: *descrever* verbalmente as contingências de reforçamento às quais está exposto (e das quais faz parte) e também comportar-se sob controle de tais contingências de reforçamento. A pessoa, quando relata um sentimento (mesmo que não o denomine com precisão) sente seu corpo, fundamentalmente comportamentos respondentes e operantes, produzidos por contingências de reforçamento, que podem ou não ser nomeados, isto é, conhecidas ou não pela pessoa que sente.
9. Os sentimentos do cliente podem ser o primeiro passo para identificação das contingências de reforçamento efetivamente funcionais, aos quais está exposto, mesmo que ele desconheça quais são tais contingências, ou, até mesmo quando o cliente “acha” que conhece as contingências de reforçamento em operação (que podem não ser aquelas que ele descreve). O sentir (ter sentimentos, como se costuma dizer) por envolver comportamentos com alta densidade de componentes respondentes, aqueles *eliciados* por componentes das contingências, são mais previsíveis do que outras classes de comportamento que têm maior densidade de componentes operantes, aqueles *emitidos* sob controle dos antecedentes e modelados pelos consequentes das contingências. Mais previsíveis, pois os respondentes são respostas do primeiro nível de seleção quando eliciadas pelo US (portanto, são respostas acima de qualquer suspeita). Por outro lado, quando o US não é apresentado, a reação respondente é também altamente previsível, pois a apresentação do CS (cuja função é adquirida por relações CS-US *condicionais*, isto é num nível ontogenético) é *necessária e suficiente* para que a resposta seja eliciada. Por outro lado, os comportamentos operantes são menos previsíveis, pois são sensíveis à história de contingências da pessoa, aos parâmetros dos componentes da tríplice contingência, às operações estabelecedoras, às funções dos estímulos do contexto etc., todas elas condições variáveis que tornam a resposta menos previsível. Pode-se questionar porque tal ênfase nas respostas respondentes e operantes se o que, fundamentalmente, interessa ao analista de comportamento são as contingências de reforçamento. As respostas – como qualquer componente da tríplice contingência – podem ser o ponto de partida para a investigação das contingências de reforçamento que estão operando. Assim, por exemplo, se ocorre “ansiedade” deve-se buscar o evento aversivo e o evento pré-aversivo com o qual foi associado, pois mesmo quando o cliente “desconhece” a presença do evento aversivo ele deve estar atuando. Há episódio em que o cliente relata, por exemplo, “Eu tinha tudo para estar feliz naquela noite, com amigos, minha namorada..., no entanto, me sentia inquieto, ansioso, perturbado...”. A pessoa se referiu a contingências com *fenótipo* de contingências reforçadoras positivas, as quais, porém, não tinham função reforçadora positiva para ele naquele contexto, enquanto que, por outro lado, os sentimentos relatados denunciavam a presença de contingências coercitivas, as quais, mesmo não identificadas pelo cliente, o estavam levando a sentir seu corpo do modo descrito. Tal é a pista para o terapeuta investigar tais contingências “ocultas”. Ou seja, a pessoa descreve os componentes operantes da contingência de reforçamento, mas não “conhece” os componentes respondentes, os quais, no entanto, – com consciência ou não – produzem reações orgânicas, que são captadas pela pessoa. Tal percepção, não

significa que a pessoa sabe quais são os sentimentos, nem que sabe nomeá-los. Significa que conhece estados corporais (aos quais dá o nome de sentimentos) “bons” ou “ruins”. Tal é o primeiro passo para a pesquisa das contingências completas que estão em operação, até serem identificados os componentes que produzem os sentimentos sentidos. Na prática terapêutica tais considerações têm relevância: o terapeuta deve ficar mais sob controle dos sentimentos do cliente do que dos operantes quando houver conflito, conforme apontados no exemplo. O conflito só é aparente: indica que as reais contingências de reforçamento precisam ser melhor investigadas. Pode-se dizer que na maior parte das situações, o terapeuta só tem acesso aos sentimentos do cliente através do comportamento verbal, que é, essencialmente, operante. Correto, no entanto, o terapeuta não deve buscar o significado do comportamento verbal do cliente nas palavras e frases, mas naquilo que determina os termos e asserções que ele faz. Parafrazeando Aristóteles, o ser humano é operante (racional), no entanto, ele é ao mesmo tempo respondente (emocional e afetivo). Finalmente, as reações emocionais e afetivas devem ser levadas em conta obrigatoriamente, em qualquer análise comportamental, uma vez que elas podem ser, e freqüentemente isso ocorre, mais instigadoras para se chegar às contingências de reforçamento em operação do que as manifestações operantes.

10. Não acredite no comportamento verbal. Acredite nas contingências que determinam o comportamento verbal.
11. “Comumente se afirma que podemos ver significado ou propósito no comportamento e não deveríamos omitir isto de nossa explicação. Mas significado não é uma propriedade do comportamento como tal, mas das condições nas quais o comportamento ocorre. Tecnicamente, em uma explicação funcional significados devem ser buscados entre as variáveis independentes em vez de serem buscados nas propriedades da variável dependente.” (Skinner, 1957, p. 29)
12. Não acredite (no sentido de: “não fique sob controle de”) no comportamento verbal, enquanto um repertório de respostas topográficas da pessoa. O verbal pode não descrever a realidade; ou seja, ele não está, necessariamente, sob controle dos eventos aos quais se refere. (Por ex., “Estou triste” pode ser tacto verbal sob controle de estados corporais influenciados por contingências coercitivas ou ter a função de um mando verbal, o qual controla o comportamento do ouvinte de maneira muito específica: produz conseqüências sociais reforçadoras positivas para o falante. “Minha mulher é insuportável” pode ser um tacto verbal sob controle da função aversiva que a mulher tem sobre o falante ou pode ser um mando, tal como “ajude-me a melhorar meu relacionamento com minha mulher, pois não quero perdê-la e não sei como evitar a perda”...). Como qualquer comportamento, o verbal é determinado pelas contingências de reforçamento. Acredite nas contingências de reforçamento das quais ele é função. Elas explicam o comportamento verbal.
13. O comportamento do ouvinte é parte essencial das contingências que modelam e mantêm o comportamento verbal do falante. No caso particular da terapia, os comportamentos do terapeuta assumem extrema relevância na determinação do comportamento verbal do cliente. Assim sendo, o terapeuta deve ficar sob controle das funções que o próprio comportamento verbal que ele emite têm sobre o cliente e,

ao mesmo tempo, deve ficar sob controle das funções que o comportamento verbal do falante tem sobre ele.

14. O comportamento verbal é essencial para ajudar a *compor* as contingências de reforçamento. Tal função é útil e necessária. Não o despreze, portanto. Não o supervalorize, porém. É o comportamento verbal que permite a composição sistemática das contingências de reforçamento, a qual inclui a identificação dos antecedentes, das respostas e das conseqüências. É para isso, basicamente, que ele serve.
15. A autenticidade do comportamento verbal pode ser detectada quando, a partir dele, observa-se que há consistência entre os três itens que se seguem:
 - a. identificação das contingências de reforçamento em operação;
 - b. os comportamentos e sentimentos aos quais elas dão origem são aqueles previstos pelas contingências descritas em *a* acima; e
 - c. as contingências de reforçamento são sensíveis às manipulações dos parâmetros dos três componentes que as compõem, isto é, alterações nos valores das variáveis produzem alterações comportamentais previsíveis.

Onde, buscar, porém a consistência entre os três itens mencionados? Na Ciência do Comportamento – seus procedimentos e produtos comportamentais – já que ela é a referência que o analista aplicado deve utilizar para compreender as contingências em operação no contexto aplicado, uma vez que tal Ciência sistematiza as leis que regem os comportamentos e oferece procedimentos e dados comportamentais que permitem previsão e controle. Por exemplo, uma condição identificada, descrita e nomeada como reforçamento positivo deve produzir fortalecimento de comportamento e sentimentos agradáveis; por outro lado, uma vez removida a conseqüência produzida pela resposta, esta deve se enfraquecer. Se não funcionar desta maneira, a contingência foi nomeada ou aplicada de maneira equivocada, já que os eventos que a compõem não têm as funções previstas. Questiona-se, então, o relato verbal. Se a pessoa afirma que aplicou um procedimento de reforçamento positivo e os dados não são consistentes, então, o relato do procedimento utilizado não é confiável. Variações nos parâmetros dos componentes das contingências de reforçamento também podem dar pistas sobre a adequação do relato verbal. Assim, por exemplo, uma mãe pode relatar que tem punido os comportamentos agressivos que a filha mais velha emite contra o irmão menor. “Toda vez que ela bate no irmão eu dou-lhe uma ‘bronca’ e, quando estou irritada, lhe dou um tapa na mão... mas, não está funcionando!” A “bronca” ou o “tapa” pode estar tendo outras funções, por exemplo de reforçamento positivo, e não de estímulo aversivo, como supõe a mãe. É o produto comportamental que dá consistência ao relato verbal. O analista de comportamento transforma o relato da mãe em uma descrição precisa das contingências em funcionamento, *avançando além do relato dela*. O que fazer? Não é o caso de alterar a intensidade das conseqüências sociais para, eventualmente, torná-las aversivas. No exemplo, seria mais apropriado alterar o procedimento e a mãe poderia ser modelada para usar técnicas de reforçamento diferencial de comportamento incompatível com o indesejado e reforçamento diferencial de qualquer outro comportamento (*dro*).

16. Se o único acesso que se tem aos dados comportamentais é o comportamento verbal, nunca haverá certeza sobre a fidedignidade dos dados, pois o relato pode ser

intra-verbal e sua consistência ter sido adquirida através do outro, de um texto etc. A melhor evidência advém da observação direta do comportamento, mais precisamente da observação da tríplice contingência. Enquanto ficar sob controle, exclusivamente, do relato verbal, o terapeuta pode ter bons indícios, mas nada além disso.

17. Ambiente é tudo aquilo que é externo à resposta e com ela se relaciona, despertando uma relação funcional. Tal relação pode ser contingente (se... então) e, como tal, legítima, ou não contingente (supersticiosa) e, como tal, perigosa, pois se camufla de legítima. Assim sendo, eventos privados – estímulos e respostas – podem constituir ambiente para respostas. Por exemplo, pensamento pode ser SD para outras respostas, enquanto ele próprio é comportamento sob controle de outros eventos, públicos ou privados. Tal afirmação não significa dizer que comportamento causa comportamento. Comportamentos podem fazer parte – como eventos com função de estímulos antecedentes e conseqüentes – de uma cadeia de respostas. A “causa” do encadeamento é a conseqüência selecionadora final.
18. Nunca diga “trabalhei” o cliente; nem “trabalhei” as contingências etc. Descreva claramente o que você fez. Faça-o tão precisamente que outra pessoa seja capaz, ao ler ou ouvir o relato dos procedimentos aplicados, de reproduzir exatamente o mesmo procedimento que foi usado. É a única possibilidade de haver replicação, por outro profissional, daquilo que foi feito. A possibilidade de replicação é o primeiro passo para confirmar a fidedignidade. Seja, portanto, *tecnológico*.
19. O psicólogo não é um “leigo sábio”, alguém que acerta por “intuição” ou por “experiência de vida”. Todo procedimento que aplica e toda apresentação teórica que faz devem ser convertidos em conceitos sistemáticos próprios da Ciência do Comportamento ou do Behaviorismo Radical. Eles devem ser *conceitualmente sistemáticos*.
20. Use todas as oportunidades disponíveis na sessão para aplicar os procedimentos, operantes e respondentes, aos comportamentos emitidos pelo cliente ou eliciados nele no contexto terapêutico. Você deve ser hábil para aplicar tais procedimentos diretamente, sob controle dos comportamentos do cliente que ocorrem na sua presença, na interação com você. Não é papel do terapeuta apenas falar sobre contingências na sessão e esperar que as conseqüências selecionadoras dos comportamentos ocorram apenas no ambiente natural do cliente. A sessão terapêutica – embora seja, tão somente, uma situação análoga à realidade – faz parte da vida cotidiana do cliente e é uma amostra de como ele se comporta em outros contextos.
21. O cliente deve apresentar mudanças no contexto terapêutico, na direção esperada pelo manejo das contingências de reforçamento. Ou seja, a terapia não deve se restringir a *falar* sobre mudanças, pois o ambiente terapêutico é uma situação na qual comportamentos podem e devem ser evocados ou emitidos, de tal maneira que o terapeuta possa observar ocorrências comportamentais diretamente. Não basta, porém. As mudanças devem ser duradouras (fala-se que devem se generalizar no tempo, isto é, devem se manter); ocorrer sob outros controles de estímulos: diante

de outras pessoas e em diferentes contextos (fala-se que devem se generalizar sob controle de estímulos semelhantes ou sob controle de relações de equivalência); se expandir para outras respostas da mesma classe (fala-se em generalização de respostas, um termo tecnicamente questionável, pois o que ocorre é uma ampliação de repertório – indução de respostas –, sob controle de estímulos da mesma classe). As mudanças devem se generalizar, enfim. O processo de generalização deve ser programado e implementado pelo terapeuta. É necessário que o terapeuta se pergunte: que procedimentos introduzi para produzir generalização dos avanços comportamentais? E verificar se os procedimentos foram eficientes. Como consequência, há necessidade de obter evidências comportamentais de que os progressos estão sob controle de estímulos generalizados. O terapeuta não pode estar isolado do cotidiano da vida do cliente. Os procedimentos de generalização devem incluir a observação dos comportamentos sob controles de estímulos naturais da vida do cliente: ou ele sai do consultório com essa finalidade, ou traz mais do cotidiano do cliente para dentro da sessão. No primeiro caso, participa de atividades da vida diária do cliente; no segundo traz, pessoas significativas para o ambiente terapêutico.

22. Não permaneça calado durante toda a sessão. Na melhor das hipóteses, você estará usando procedimento de extinção durante 50 min. Na pior, usando punição negativa. Não se constroem repertórios comportamentais adequados com tais procedimentos.
23. A interação entre contingências da história de reforçamento e da história presente permite ao terapeuta fazer melhores previsões sobre comportamentos e oferece melhores possibilidades de controle. As funções que os eventos adquiriram no passado são relevantes, enquanto são mantidas no presente por contingências atuais. Se as funções são mantidas por contingências atuais, porque importa conhecer as contingências passadas que lhes deram origem? A resposta a tal questão envolve aspectos práticos e motivacionais. Assim, se o manejo das contingências de reforçamento atuais basta para produzir as mudanças comportamentais desejadas, não há necessidade de voltar ao passado. Outras vezes, o conhecimento dos procedimentos que instalaram o comportamento fornece indícios para aprimorar a eficácia dos procedimentos atuais. Note que o conhecimento do passado aprimora o delineamento das contingências atuais. Estas e só elas é que determinam as mudanças esperadas no presente. O fator motivacional faz parte das contingências atuais e – como operação estabelecadora – altera as funções dos eventos. Por exemplo, suponha que a função aversiva que o pai adquiriu durante o desenvolvimento de uma criança tenha sido estabelecida através de comportamento intraverbal: a mãe dizia que o pai era uma “fera” e, como tal, incontrolável e agressivo.
- Ao compreender, durante o processo terapêutico que, na verdade, o pai, de tal forma descrito, nunca agrediu o filho conforme previsão da mãe; e, ainda mais, que a “cara feia” do pai era “preocupação” e não “agressividade”... o cliente terá menos dificuldade para lidar hoje com a generalização que faz para outros adultos, aqueles que têm papel de autoridade, da função “cara feia”. O cliente aprende na terapia que “cara feia” não significa, necessariamente, “agressividade”, pois há outras interpretações possíveis, diante das quais não se tem que emitir comportamento de

fuga ou sentir medo. A discussão exposta, feita com o cliente, torna mais provável que ele hoje adote um procedimento de dialogar com o chefe, por exemplo, em situações de conflito profissional, ao invés de fugir da conversa ou simplesmente se submeter.

24. Você é capaz de relacionar as funções que os eventos-estímulo têm hoje para o cliente, com a aquisição de tais funções na história de contingências dele? É a maneira mais produtiva de investigar a chamada “história de vida” e transformar o conhecimento gerado pela investigação, em dados funcionalmente relevantes. Lembre-se que não é função do terapeuta escrever a biografia do cliente. A investigação do passado tem como objetivo esclarecer como foram adquiridas as funções dos eventos no passado, que se mantêm até o momento. Tal informação, em muitos casos, pode ser relevante para encontrar o melhor procedimento para mudar as funções indesejáveis atuais. Não se conclua, porém, que basta conhecer como as funções foram adquiridas no passado, para alterá-las no presente. É necessário atuar sobre elas agora. Fique atento, porém, à seguinte possibilidade: as contingências de reforçamento que, no passado, instalaram determinado comportamento, não são, necessariamente, as mesmas que o mantém presentemente.
25. No trabalho aplicado, não basta produzir mudanças comportamentais e afetivas. Elas têm que ter dimensões significativas, isto é, ter relevância funcional para o cliente e para aqueles que o cercam. Não basta diminuir um pouco os excessos comportamentais, nem desenvolver comportamentos para melhorar um pouco os déficits, nem reduzir um pouco o sofrimento. Há que se mudar o suficiente para a pessoa sentir-se bem e integrar-se harmoniosamente no contexto social em que vive. Além disso, deve ser lembrado que a ocorrência de mudanças não significa que elas tenham sido produzidas em função dos procedimentos terapêuticos. Muito cuidado para não afirmar relações funcionais entre terapia e mudanças comportamentais que não foram demonstradas experimentalmente. Se não foi possível demonstrar relações funcionais entre procedimentos terapêuticos e mudanças comportamentais, o mínimo que se espera é que as mudanças relatadas tenham sido mensuradas. O trabalho aplicado deve ser *socialmente relevante*.
26. Uma ação do organismo, um pensamento, por exemplo, pode ter função de estímulo (ser SD para o próximo elo de uma cadeia de resposta, e Sr+ para o elo anterior) ou ter função de resposta (está sendo emitido sob controle de um estímulo ou ser fortalecido pela consequência que produziu). Não lidamos com a *natureza* dos eventos, quer seja ele um evento ambiental, como por exemplo, um som agudo, quer seja um evento orgânico, como por exemplo, um aumento no ritmo dos batimentos cardíacos, mas sim com a função que os eventos têm para determinado indivíduo. *Eventos-estímulo* são aqueles que têm função de estímulo e podem ser, quanto a sua natureza, um evento físico (luz, som, temperatura etc.), um evento social (comportamentos operantes e respondentes manifestos de uma pessoa, o comportamento verbal de alguém etc.) ou uma manifestação orgânica, respostas e comportamentos da própria pessoa (fantasias, contrações musculares, batimentos cardíacos, pensamentos, frases, estimulação intero ou proprioceptiva, demais comportamentos operantes e respondentes, públicos e encobertos etc.). Os eventos,

além disso, podem ser *eventos-comportamento*, ou seja, manifestações do organismo que se comporta, que são sensíveis, isto é, ficam sob controle dos eventos-estímulo antecedentes (SD, SΔ, SDp, Spré-av etc.) e dos eventos estímulo consequentes (SR+, Sr+, SR-, Sr- etc.).

27. Vínculo entre terapeuta e cliente é *sentimento*, gerado pela influência recíproca entre eles. As contingências de reforçamento que geram o vínculo são aquelas que resultam para ambos em compreensão dos fenômenos comportamentais e afetivos sob análise na terapia. Os comportamentos do cliente e do terapeuta se influenciam e se complementam. O cliente fornece dados que controlam os comportamentos do terapeuta de avaliar, investigar mais dados e sistematizá-los, de acordo com o referencial teórico que adota. O cliente seleciona diferencialmente o repertório de investigação e de sistematização de dados do terapeuta (ele concorda com o terapeuta, discorda, acrescenta informações etc.). Como resultado final, o terapeuta sistematiza as dificuldades – déficits e excessos comportamentais – do cliente como produtos das contingências de reforçamento que estão operando, das quais tais dificuldades são função. Além disso, o terapeuta também propõe procedimentos para alterar as contingências “desfavoráveis” e substituí-las por outros “favoráveis”, as quais podem produzir desenvolvimento comportamental e afetivo. Mais uma vez, o cliente seleciona tais comportamentos do terapeuta: emite ou não os comportamentos dos procedimentos propostos; apresenta ou não os comportamentos na direção prevista pelas contingências de reforçamento etc. Diante dos resultados avaliados, o terapeuta mantém os procedimentos terapêuticos ou aumenta a própria variabilidade comportamental, propondo novos procedimentos e, assim, sucessivamente. Os comportamentos do terapeuta e do cliente se influenciam reciprocamente e resultam, finalmente, no que se pode chamar de compreensão das dificuldades do cliente. A compreensão, alcançada por ambos, envolve: conhecer as contingências de reforçamento que deram origem e mantêm as dificuldades do cliente, propor e implementar procedimentos (emitir comportamentos, enfim) que alterem as contingências e, como produto, eliminem as dificuldades comportamentais e afetivas e promovam o desenvolvimento comportamental do cliente. Finalmente, cliente e terapeuta devem reconhecer que as mudanças obtidas são desejáveis para o cliente e para o grupo social que lhe é relevante. Nas palavras de Tarphon (citado por Bloom, 2004, p. 18): “Não sois obrigado a concluir a obra, mas tampouco estais livre para desistir dela.” Assim se define o papel do terapeuta. Em tal processo interacional de comportamentos entre cliente e terapeuta, operam procedimentos de reforçamento positivo e negativo, reforçamento diferencial, controle de estímulos (discriminação, generalização, relações de equivalências), todos os princípios comportamentais, enfim. É um equívoco, portanto, afirmar que o bom vínculo terapêutico é produto das contingências de reforçamento positivo. Sem dúvida, o inclui; não se resume a ele, porém. O cliente sente-se compreendido, passa a se compreender melhor e pode tornar-se agente ativo, agora independente do terapeuta, de mudanças que o tornem mais apto para lidar com seu cotidiano e para sentir-se melhor. Nas palavras de Bloom: “A sabedoria não promete nada – apenas ensina a aceitar os limites naturais do ser humano” (2004, p. 17). Eis aí o instrumento que compete ao terapeuta transpor para o cliente: a sabedoria da compreensão e da intervenção, alicerçada nas contingências de reforçamento. No processo terapêutico, o cliente é o iniciador;

assim também o é o terapeuta. A metáfora de iniciador deve ser entendida como interação dinâmica, ambos simultaneamente iniciam e dão continuidade à obra de construir a compreensão dos processos comportamentais que ocorrem dentro e fora do contexto terapêutico. Os princípios, procedimentos e processos comportamentais que se desenrolam na terapia vão se tornando claros e conscientes progressivamente: inicialmente é o terapeuta quem tem conhecimento deles; daí ele procede com o objetivo de torná-los conscientes para o cliente. O vínculo vai, desta forma, se estabelecendo. É produto de uma rede de contingências de reforçamento, sem a possível exclusão *a priori* de nenhuma contingência. Por essa razão, na interação entre terapeuta e cliente tais contingências devem ser amenas e avançar na direção de produzir conseqüências naturais, eliminando as arbitrárias.

28. As contingências de reforçamento atuam quer o organismo seja intacto ou não. Pode ser necessário alterar parâmetros das contingências, até mesmo criar novas contingências, para que elas se tornem funcionais para um organismo não intacto. Conclui-se, então, que mesmo com pessoas com limitações ou alterações orgânicas, a variável independente com a qual o analista de comportamento trabalha é a contingência de reforçamento. A medicina, em particular, e as ciências biológicas, em geral, podem oferecer recursos de intervenção (remédios, cirurgia etc.), que são variáveis independentes de intervenção próprias de cada área, mas não da Análise do Comportamento. Tais procedimentos biológicos interagem com os procedimentos comportamentais; não os substituem, nem os dispensam. Pode-se dizer que a adoção de psicofármacos, por ex., tornam o organismo não intacto, menos alterado ou desviado, ou seja, mais sensível às contingências de reforçamento triviais (não se deve confundir a responsividade diferenciada que duas ou mais pessoas apresentam às mesmas contingências de reforçamento, em função da história de contingências diferentes de cada indivíduo, nem à atuação no momento de diferentes operações estabelecedoras, com responsividade diferenciada determinada por limitações biológicas). Na condição exposta, o terapeuta interage com o profissional de outra área (neurologista, psiquiatra, endocrinologista etc.) para um trabalho integrado, sem confundir instrumentos de intervenção, nem metodologia de intervenção. Há ainda um outro aspecto fundamental a ser considerado: contingências de reforçamento podem alterar o organismo. Uma condição ambiental pode produzir alterações fisiológicas. Assim, por exemplo, sujeitos experimentais (ratos) submetidos a condições experimentais em que são expostos a choques, num procedimento de fuga, não apresentam mudanças nos níveis de produção de receptores neurocerebrais, enquanto outros ratos em situação yoked (justapostos), que recebem os mesmos choques (com a mesma intensidade, mesma duração e no mesmo momento de ocorrência) que os primeiros, mas não têm nenhum controle sobre eles, não lhes é permitida a resposta de fuga, apresentam alterações significativas na produção dos neurotransmissores. A medicação, neste caso, tem por objetivo restaurar os níveis normais dos neurotransmissores, que foram alterados pelas contingências de reforçamento, a fim de tornar o organismo novamente sensível aos mesmos parâmetros das contingências.
29. Há casos, porém, nos quais o organismo é diagnosticado como não intacto, por profissionais da área médica, mas é um diagnóstico puramente *conceitual*, não

biológico. Neste caso, até que se demonstre factualmente que o organismo não é intacto, o analista de comportamento deve se ater, exclusivamente, às contingências de reforçamento que selecionaram e mantêm os padrões comportamentais da queixa. Atende-se, desta forma, a uma das atitudes básicas da ciência, qual seja a *parcimônia*: sempre comece a investigação pela explicação mais simples. Assim, uma criança classificada como hiperativa, portadora de déficit de atenção (TDAH) pode ter tido um repertório de déficits ou excessos comportamentais específico modelado por atenção; pode não possuir nos contextos de vida cotidiana repertório de comportamentos incompatíveis com os indesejados, que possam produzir reforços generalizados – explicações compatíveis com determinação por contingências de reforçamento –; e não apresentar tal repertório de déficits e excessos em função de alterações neurológicas presumidas, mas não demonstradas. A propriedade de uma explicação ou outra deve provir do manejo de variáveis de intervenção e não de preferências profissionais. E, finalmente, mesmo que haja alterações neurológicas, o papel do analista do comportamento se faz essencial: alterações orgânicas não determinam comportamento; contingências de reforçamento, sim. Organismo intacto ou não intacto é o locus de ação das contingências de reforçamento, e a funcionalidade bio-fisiológica interage com a funcionalidade do ambiente; não se excluem. Reconhecer a interação não significa confundir objeto de estudo, nem procedimentos próprios de cada área.

30. A palavra terapia não é apropriada para nomear trabalho do analista aplicado de comportamento. Não se trabalha com doenças (termo médico) comportamentais, mas com contingências que produzem comportamentos e sentimentos classificados como indesejados. Uma pessoa não “sofre de depressão”, mas é afetado por contingências que produzem comportamentos e sentimentos, aos quais se denomina de depressão. A pessoa que procura ajuda não é paciente (termo médico) e quem provê ajuda não é terapeuta (termo médico). Aquilo que se chama de processo terapêutico dever-se-ia chamar processo de desenvolvimento de comportamentos, no qual duas pessoas se influenciam reciprocamente, com papéis definidos e específicos, porém em interação eficaz, que produz mudanças comportamentais em ambos. O “cliente” (na falta de melhor termo) é parte ativa do processo de desenvolvimento: é influenciado pelo “terapeuta” (na falta de melhor termo) e o influencia. Não cabe falar em “alta” (termo médico). Como qualquer processo de desenvolvimento, ele pode ser interrompido; nunca encerrado. Não há critérios pré-determinados para interromper o processo. Qualquer uma das partes envolvidas pode tomar a iniciativa de interrupção. Tal iniciativa é comportamento. Para compreendê-lo, é necessário saber de que contingências ele é função. O comportamento de interromper o processo de desenvolvimento, portanto, deve ser avaliado e compreendido – à luz das contingências que o determinam – como qualquer comportamento. A interrupção da interação entre os pares do processo de desenvolvimento é o produto final da análise e da atuação das contingências de reforçamento em operação.
31. Quais os critérios para o terapeuta considerar que o processo terapêutico (ou uma etapa dele) está encerrado? A resposta é complexa. A Terapia por Contingências de Reforçamento adota o conceito de que a inter-relação terapeuta-cliente tem por objetivo o desenvolvimento de repertórios comportamentais e não o da “cura” de

uma patologia comportamental. (Decorre daí, é bom destacar, que os termos “terapeuta”, “paciente”, “cura” e processo “terapêutico” são impróprios dentro do modelo da Terapia por Contingências de Reforçamento. São termos provenientes do modelo médico, historicamente introduzidos na prática psicológica, mas cuja manutenção não se justifica mais.) Como tal, não há critério para se encerrar o desenvolvimento dos comportamentos de uma pessoa, e, portanto, qualquer um que seja proposto será necessariamente arbitrário. Pode-se sugerir, no entanto, alguns parâmetros para tomada de decisão de interromper o processo terapêutico. Assim, as dificuldades comportamentais do cliente precisam ser definidas por terapeuta e cliente. Podem ser déficits ou excessos comportamentais, os quais resultam em estimulação aversiva evitável, desde que sejam feitas alterações comportamentais específicas para removê-la, ou acesso limitado a reforçadores positivos, o qual pode ser melhorado, a partir de mudanças comportamentais que produzem conseqüências reforçadoras positivas. A partir da definição consensual de quais são os problemas comportamentais com os quais é necessário lidar, terapeuta e cliente devem ficar sob controle de pelo menos quatro aspectos do fenômeno comportamental antes de responder à questão proposta acima:

- a. os comportamentos de interesse clínico são produzidos por uma rede de contingências entrelaçadas de reforçamento que interagem e se influenciam reciprocamente, de tal maneira que é ingênuo produzir mudanças comportamentais significativas para o cliente manejando contingências isoladas do conjunto. Assim, por exemplo, uma pessoa que relata “fobia” de elevador está sob controle de um grupo de contingências de reforçamento atuando simultaneamente, que poderão ser identificadas e descritas a partir dos seguintes itens: o elevador, a reação das pessoas às dificuldades dela, fuga de compromissos sociais e profissionais, prevalência de rotinas cotidianas razoavelmente estereotipadas, déficit generalizado de repertório comportamental em múltiplas áreas etc. Isolar as contingências de reforçamento que estão atuando no item elevador (recusar-se a entrar nele, relatar medo, manifestar reações respondentes etc.) e utilizar alguma técnica comportamental delineada especificamente para levar a pessoa a usar o elevador pode produzir a mudança comportamental especificada. No entanto, tal mudança de comportamento pode não se manter ou surgirão outras dificuldades sob controle das contingências que não foram alteradas;
- b. qualquer episódio comportamental inclui componentes operantes e respondentes e todos eles devem ser levados em conta quando se busca mudanças comportamentais relevantes. Terapeuta e cliente devem estar aptos a responder a duas questões, sem exclusão de nenhuma, antes de concluir que a mudança comportamental é satisfatória: houve mudança comportamental na direção desejada? O cliente se sente bem (satisfeito, feliz, aliviado)? Sentimentos aversivos indicam a operação de contingências coercitivas, ou seja, estão atuando contingências de reforçamento com fenótipo reforçador positivo, mas com função aversiva, ou estão presentes contingências coercitivas não identificadas;
- c. todo o encadeamento das respostas que compõem o comportamento que se deseja influenciar deve ser alterado, ou seja, não basta o cliente passar a emitir determinado operante público, que não fazia parte usual do repertório do cliente (por exemplo, discordar de um comentário do chefe de trabalho), mas continuar

emitindo comportamentos encobertos incompatíveis em relação a ele (por exemplo, pensar que foi “grosseiro”, que deveria ser mais tolerante, sentir-se culpado, passar a pensar que poderá ser demitido, perseverar com auto-regras disfuncionais etc.) e até mesmo sentir reações aversivas do seu corpo (taquicardia, alterações respiratórias, tontura etc.). Todos os elos operantes, públicos e encobertos da cadeia de respostas, assim como as reações respondentes, devem ser alterados de maneira coerente;

- d. as funções dos estímulos antecedentes e conseqüentes devem ser modificadas na direção programada pela ação terapêutica. Assim, por exemplo, um comentário que, originalmente, tem função de estímulo pré-aversivo ou estímulo discriminativo (Sdp) para punição, em função da história de contingências de determinada pessoa, deve passar a ter função de estímulo discriminativo, como resultado das novas contingências manejadas durante a terapia. Assim, sob controle do comentário que lhe foi feito, a pessoa deve emitir novos comportamentos que produzam conseqüências reforçadoras positivas, passar a considerar que os comentários não foram críticas, mas sugestões que podem ajudá-la a se desempenhar melhor, pensar que as pessoas querem ajudá-la e, finalmente, sentir-se melhor com as mudanças comportamentais apresentadas. (Note que as funções de estímulos a serem mudadas são aquelas adquiridas na história ontogenética da pessoa.)

32. Como fazer pesquisa aplicada experimental em contexto clínico convencional? Tal formulação é uma maneira imprópria de propor a questão de pesquisa em clínica. Melhor seria falar em pesquisa experimental sobre temas clínicos. Tais pesquisas experimentais poderiam ser básicas ou aplicadas. As pesquisas experimentais básicas são o alicerce para a atuação clínica na Análise do Comportamento. Os trabalhos aplicados podem sugerir questões sobre o comportamento humano, que emergiram na terapia, para serem respondidas experimentalmente no laboratório de pesquisa básica. O contexto clínico típico não é apropriado para pesquisa experimental, embora ele possa fornecer respostas válidas, através de métodos não experimentais, para o comportamento humano. As pesquisas sobre temas clínicos só podem, portanto, ser feitas em condições diferentes da situação clínica típica. Há duas alternativas apropriadas. A primeira consiste em fazer pesquisa experimental em laboratório com animais. Faz-se o delineamento das condições experimentais, criando condições análogas àquelas que despertaram interesse no consultório ou no cotidiano dos seres humanos. O análogo animal oferece a vantagem de propiciar controle experimental sistemático das variáveis de interesse, mas, por outro lado, com o estudo animal perde-se a generalidade dos dados obtidos e a confiabilidade das relações funcionais demonstradas, uma vez que nem todas as variáveis, dentre as que ocorrem na condição humana, estão presentes no modelo animal análogo. A segunda alternativa consiste em realizar um estudo experimental com humanos, tanto em laboratórios experimentais preparados para tal finalidade, como em contextos de aplicação que permitem, explicitamente, a investigação experimental com humanos, tais como em clínicas e hospitais-escola. O grau de controle de variáveis críticas não corresponde ao do laboratório animal, mas é significativamente maior que numa condição livre de aplicação, como acontece na clínica, na escola, na família. Se, por um lado, o controle experimental no análogo humano de temas clínicos é menor que aquele obtido com o análogo animal, o que

limita a convicção experimental dos dados alcançados e dos seus determinantes funcionais, há, por outro lado, um ganho, relativamente ao laboratório com sujeitos infra-humanos, em generalidade, uma vez que mais variáveis, dentre as que ocorrem na condição cotidiana, estão presentes no análogo clínico com humanos. A condição típica de consultório – com admiráveis e desejáveis exceções – não se adapta e não autoriza o emprego do modelo experimental.

Conclui-se que:

- a. Fazer terapia e fazer pesquisa experimental no contexto clínico convencional (que é diferente de fazer pesquisa sobre temas clínicos) resultam de expectativas de duas diferentes comunidades – a dos pesquisadores e a dos clientes – que deveriam se complementar e não se opor;
- b. O contexto clínico deve propor questões, que lhe são instigantes e necessárias, para a pesquisa experimental, pois esta dispõe, pela metodologia que a caracteriza, de melhores condições para responder confiavelmente a tais questões;
- c. A atividade clínica deve se basear, fundamentalmente, nas informações oriundas da pesquisa experimental: dados, procedimentos e conceitos produzidos pela Ciência do Comportamento (incluem-se operantes e respondentes) e pelo Behaviorismo Radical;
- d. Ao lado de tais contribuições, somem-se também, aquelas que a atividade clínica também produz, através dos procedimentos de ação que lhe são próprios: dados que ela gera, procedimentos terapêuticos, com particularidades que são modeladas especificamente nas interações terapeuta-cliente e conceitos que emergem dos desafios clínicos. O contexto clínico expõe o analista de comportamento a variações comportamentais extremamente idiossincráticas, que ousaria afirmar tornam o terapeuta um observador privilegiado da variabilidade comportamental humana. Uma vez que ele é desafiado a lidar com tais comportamentos raros, cabe-lhe encontrar procedimentos apropriados e, assim, o terapeuta gera produtos inovadores e valiosos. Embora, as contribuições da clínica não tenham origem em procedimentos validados por delineamentos experimentais, elas são válidas e devem ser incorporadas ao conjunto de conhecimentos da Análise do Comportamento;
- e. Pode-se fazer pesquisa aplicada experimental com humanos no contexto clínico (Guilhardi, Betini e Camargo, 1977). É uma feliz harmonização de objetivos e de procedimentos, a condução de um estudo que acumula rigor experimental com significância social dos resultados, atendendo simultaneamente às expectativas das duas comunidades;
- f. Não se generalize, porém, para quaisquer casos clínicos. Muitas vezes, a atividade clínica é incompatível com os rigores metodológicos da pesquisa experimental. O profissional, se pesquisador, deve ficar sob controle dos cânones da pesquisa experimental; se terapeuta, sob os cânones da ação terapêutica. Quando são incompatíveis, há necessidade de optar por um ou por outro papel. O trabalho clínico pode ser experimental, mas não tem que ser experimental;
- g. Uma mesma pessoa pode ser psicólogo clínico convencional (no consultório); pesquisador experimental aplicado, no consultório (quando o caso assim o permitir) ou em ambientes propícios para pesquisa, como, por exemplo, numa clínica-escola (onde a relação terapeuta-cliente prevê a possibilidade de

utilização de procedimentos experimentais, desde que aceitos de comum acordo); pesquisador experimental básico, em laboratório de pesquisa, com sujeitos experimentais animais ou humanos. Uma mesma pessoa não tem que assumir todos os papéis profissionais listados. Ela pode interagir, com a necessária assiduidade, com profissionais e pesquisadores que exerçam os diferentes papéis.

- a. Se uma clínica convencional desejar executar pesquisa experimental, dentro de sua rotina de funcionamento, deve se preparar para tal, organizando uma estrutura específica. Assim, deve ter um coordenador de pesquisa, profissional experiente para planejar e executar pesquisas; uma tríade de pessoas, especialmente preparada para executar os procedimentos: um na função de terapeuta-pesquisador e dois com a função de observadores e auxiliares na aplicação dos procedimentos. Ao lado disso, a clínica deve dispor dos equipamentos necessários para a condução dos trabalhos experimentais. Apenas alguns casos, convém repetir, são adequados para um trabalho experimental. O grupo deve submeter os procedimentos a serem adotados, os objetivos a serem atingidos à aprovação ética, que pode ser debatida com os demais profissionais da própria clínica, com eventual assessoria externa, quando necessária. A adesão do cliente ao procedimento experimental deve ser consentida, livre de coerção e documentada.
- b. A pesquisa experimental com animais, na forma de estudos análogos experimentais sobre questões propostas pela atividade clínica, pode fornecer dados e procedimentos clinicamente relevantes para as atividades terapêuticas, guardados os limites necessários de generalizações: quanto mais rigoroso o controle experimental, mais confiáveis as relações funcionais demonstradas, porém menor a generalidade do estudo para o contexto cotidiano; e vice-versa.
- c. A pesquisa experimental com animais sempre contribui e, pode se afirmar mais, é a essência da atividade clínica, pois é ela que revela as leis que regem o comportamento humano.
- d. Não há uma distinção dicotômica entre controle decisivo de variáveis na pesquisa experimental e ausência de controle de variáveis na atividade clínica. A pesquisa experimental com animais revê e aprimora os procedimentos, os controles de variáveis, o papel de mudanças nos parâmetros de variáveis e torna-se, assim, um corpo de conhecimentos dinâmico, ativo, em contínuo progresso e sistemática revisão. Por outro lado, o terapeuta deve também ser um cientista e incorporar, nos procedimentos que adota na clínica, as atitudes básicas da Ciência: coleta sistemática de dados empíricos (empirismo); replicação sistemática (Sidman, 1960) de procedimentos inter-clientes e inter-terapeutas; mensuração de comportamento; parcimônia na interpretação dos dados; adesão ao determinismo probabilístico, (o comportamento é regido por leis naturais, como tal, passível de previsão e controle); adoção do modelo biológico Darwiniano de explicação, especificamente a seleção do comportamento pelas conseqüências; busca de evidências que indicam a fidedignidade dos dados, através de observação direta de comportamentos obtidos pelo relato verbal e por informações coletadas através de outros informantes (familiares, amigos, professores etc.); consistência entre os dados coletados pelos procedimentos aplicados na clínica e os dados produzidos por procedimentos análogos ou equivalentes aplicados em pesquisas; fidelidade à

Ciência do Comportamento como referência sobre a regularidade das leis que regem o comportamento humano; manejo de variáveis, através da aplicação sistemática de procedimentos, a qual produz uma cadeia de influências recíprocas sobre os comportamentos do cliente, do terapeuta e dos membros do ambiente social relevante do cliente conforme o esquema: comportamentos do cliente comportamentos do terapeuta comportamentos do cliente comportamentos das pessoas significativas comportamentos do cliente e, assim, o ciclo se reinicia. Conforme Micheletto e Sérgio (19): o comportamento operante produz conseqüências e as conseqüências que produziu, por sua vez, o determinam. A pessoa ao se comportar é sujeito – ao produzir um efeito no ambiente – e é, também, objeto – ao ser influenciado pela conseqüência ambiental que produziu. Pode-se concluir que há uma transição, ao longo de um contínuo, entre ciência experimental e atuação clínica.

33. Alguns comentários adicionais sobre pesquisa em clínica:

- a. Neste artigo, foi adotada a distinção que Baer, Wolf e Risley (1968, p.1) fizeram entre pesquisa básica e aplicada: “as diferenças entre pesquisa básica e aplicada não são diferenças entre aquela que ‘descobre’ e aquela que ‘meramente’ aplica o que já é conhecido. As duas tarefas questionam o que controla o comportamento em estudo.”...
- b. A palavra experimental foi acrescentada ao termo pesquisa para destacar que se trata de pesquisa com controle e manipulação de variáveis (distingue-se, portanto, de pesquisa etológica, observacional, estatística, clínica etc.).
- c. Baer et al. (1968, p.1) afirmaram: “Aplicações comportamentais não são uma novidade. Aplicações comportamentais analíticas (grifo deste autor), ao que parece, são. Aplicação comportamental analítica é o processo de aplicar princípios de comportamento, às vezes de maneira exploratória, visando à melhoria de comportamentos específicos e, simultaneamente, *de avaliar se quaisquer mudanças notadas podem ser ou não, de fato, atribuídas ao processo de aplicação* e – se assim for – a que *partes do processo*. Em resumo, *aplicação comportamental analítica é um procedimento de pesquisa auto-examinador, auto-avaliador, orientado para a descoberta experimental*” (grifos deste autor). Mais adiante, continuaram: “A análise de um comportamento, como o termo é usado aqui, requer uma demonstração confiável dos eventos que são responsáveis pela ocorrência ou não ocorrência daquele comportamento. Um experimentador realizou a análise de um comportamento, quando pode exercer controle sobre ele. É assim em toda pesquisa comportamental experimental.” (Baer et al. 1968, p.3).

34. Um comentário final (que poderia ser o primeiro, na verdade) sobre o tema exposto. A análise Aplicada do Comportamento, em particular a Terapia Comportamental (para adotar um termo mais específico para o trabalho clínico) ocupa uma posição *privilegiada*, em relação a outras abordagens e propostas terapêuticas, quando a questão proposta é a confiabilidade que se pode aferir da relação entre aplicação de procedimentos terapêuticos e as mudanças comportamentais e afetivas que decorrem, necessariamente, de tais procedimentos. Embora, possa ser inviável, muitas vezes, demonstrar as relações funcionais entre o trabalho do terapeuta e as mudanças no cliente, a Ciência do Comportamento oferece fortes parâmetros para delimitar a ação

terapêutica e relacioná-la com o produto comportamental, *sem que haja necessidade de demonstração cotidiana de relações funcionais*. As contingências de reforçamento incluem procedimentos, processos e produtos comportamentais gerados pela aplicação de tais procedimentos. As relações funcionais entre procedimentos experimentais e alterações comportamentais foram exaustivamente demonstradas, e continuam se expandindo, nos estudos experimentais da Ciência do Comportamento. Toda vez que o terapeuta utiliza procedimentos tecnologicamente descritos, produzidos pela Ciência do Comportamento, ele está em condições de fazer previsões sobre as mudanças comportamentais que eles produzirão. A confirmação da previsão é uma *evidência* da existência de uma relação funcional. E, inversamente, a ocorrência de padrões comportamentais diferentes dos previstos remetem o terapeuta as duas conclusões: a. *manejou inadequadamente os procedimentos e deve revê-los*; b. *as funções que ele atribuiu aos componentes das contingências de reforçamento não são exatas e deve, então, revê-las*. Tanto na alternativa *a*, como na *b*, o dado comportamental é critério para a seleção dos comportamentos do terapeuta. Mas, precisamente, quais dados? Aqueles que devem ocorrer (quanto à topografia, quanto à frequência quanto aos padrões, quanto à variabilidade etc.), quando se aplicam procedimentos específicos, de acordo com a previsão que se pode fazer a partir das pesquisas experimentais da Ciência do Comportamento. Por exemplo, se foi aplicado um procedimento de reforçamento positivo, o comportamento em estudo deve se manter ou aumentar em frequência. Se assim não ocorrer, há equívoco na aplicação do procedimento ou nas funções que se atribuiu aos eventos conseqüentes. A constatação que o comportamento humano é complexo, fruto da inter-relação de um emaranhado de contingências, influenciado pela história de contingências etc. torna a previsão mais complexa, exige procedimentos de análise mais elaborados, no entanto, não invalida o argumento posto.