

A Relação Terapêutica na Terapia Comportamental

Maly Delitti¹

Resumo: O objetivo deste artigo é discutir a relação terapêutica como fator importante para a terapia. Algumas variáveis implicadas na relação serão consideradas, pelo fato de atuarem diretamente na relação terapeuta-cliente, sendo a sua análise primordial para entendimento da interação. Finalmente, haverá a exposição de casos clínicos para ilustrar os aspectos abordados.

Palavras-Chave: Terapia, relação terapêutica, autoconhecimento, audiência não-punitiva

“Supõe-se que (...) a terapia do comportamento é exclusivamente uma questão de idear contingências reforçadoras, mas ela também inclui, de forma bastante apropriada dar ao paciente avisos, conselhos, instruções e regras a serem seguidas” Skinner (1974/1999)², p.159.

A relação terapêutica, segundo o enfoque da Terapia Comportamental, é um dos aspectos importantes do processo terapêutico.

Desde a década de 70 este assunto é abordado por estudiosos da área como Kanfer e Phillips. Estes autores consideravam que os fatores de relacionamento eram muitas vezes determinantes da mudança do repertório comportamental do cliente e que os comportamentos do terapeuta faziam parte de um conjunto de variáveis que podiam aumentar ou diminuir a eficácia das técnicas comportamentais. Isto quer dizer que a atuação do terapeuta, através do impacto de suas características pessoais e de sua interação sobre os comportamentos do cliente, era fator primordial para a adesão do cliente à terapia.

Nesta mesma direção, Rimm e Masters (1974) fizeram menção à importância da empatia para a relação terapêutica. Segundo os autores, *“nenhuma terapia pode ocorrer se o cliente perceber seu terapeuta como frio e indiferente”* (p.35).

Desta forma, percebe-se que uma relação terapêutica duradoura é aquela embasada num sólido vínculo terapeuta-cliente, vínculo este que se torna estímulo reforçador para que o cliente progrida e seja perseverante nas tarefas comportamentais propostas pelo terapeuta.

Goldfried e Davison (1975) enfatizam este aspecto em seu livro *“Clinical Behaviour Therapy”*, onde afirmam:

¹ Mestre e Dra em Psicologia IPUSP - Profa PUC- São Paulo. E-mail: malydel@uol.com.br

² Sempre que na referência de alguma obra aparecerem duas datas, a primeira indicará a data de publicação original da obra e a segunda, a data da publicação da obra consultada.

Agradeço à psicóloga Sílvia Groberman por sua colaboração durante a elaboração deste texto.

Qualquer terapeuta comportamental que afirme serem os princípios de aprendizagem e da influência social tudo o que precisamos conhecer para produzir mudança no comportamento, está desligado da realidade clínica. Temos conhecido terapeutas capazes de conceitualizar problemas segundo a linha comportamental, mas apenas em poucas oportunidades, demonstraram sua eficácia; muitas vezes estes terapeutas têm dificuldade de conservar seus clientes em terapia, sem falar de conseguir que os clientes sejam perseverantes na execução de tarefas comportamentais (p.55).

Ainda segundo Goldfried e Davison, *“a tecnologia comportamental deve se expandir para incluir não somente os instrumentos de tratamento, mas também as interações entre o terapeuta e o cliente desde o primeiro contato até a alta final”* (p.57).

A literatura atual mostra que os analistas do comportamento têm realizado pesquisas, definindo e categorizando os comportamentos do terapeuta e desenvolvendo metodologias de pesquisa que possam ser aplicadas em situações clínicas, sem perder a perspectiva científica e operacional como método eficiente de avaliação (Zamignani, 1996; Banaco, 1997; Delitti, 2002; Wielenska, 2002). Muitas destas pesquisas preconizam o estabelecimento da relação terapeuta-cliente como condição essencial para o manejo de contingências terapêuticas bem como a adesão ao tratamento.

Diante de todas estas considerações, o objetivo deste artigo é discutir a relação terapêutica como fator fundamental para o processo clínico, tendo em vista a Análise Experimental do Comportamento.

A Relação Terapêutica e as Mudanças Comportamentais

Um dos objetivos da terapia comportamental é promover mudanças no repertório do cliente. Dito de outra forma, o processo terapêutico pode ser considerado como um processo de ensino-aprendizagem, no qual o terapeuta visa modificar (extinguir/instalar) comportamentos antigos que não mais são considerados adaptativos ao cliente e/ou ensinar novos comportamentos que possibilitem uma melhor interação com o ambiente.

Mesmo havendo uma vasta literatura que estude o assunto, conforme foi mostrado anteriormente, há ainda lacunas a serem pesquisadas, principalmente pelo fato de na clínica não haver um modelo experimental que observe os rigores exigidos, como em pesquisa básica. De acordo com o estudo teórico produzido por Rosenfarb (1992), poucos pesquisadores e clínicos se dispuseram a traçar relações entre os princípios desenvolvidos no laboratório e as mudanças comportamentais que ocorrem no contexto da relação terapêutica. Isto porque no contexto terapêutico os comportamentos emitidos pelo terapeuta e cliente ocorrem na própria sessão, havendo dificuldade de uma atenta análise pelo fato, de muitas vezes, tais comportamentos estarem sob controle de encobertos. Rosenfarb sugere vias alternativas para a pesquisa na área

clínica, como partir das discrepâncias entre comportamento verbal e não-verbal do cliente e o comportamento do terapeuta como parte do controle recíproco e, portanto, como estímulo discriminativo (Sd) para o comportamento do cliente.

A partir do momento que há um controle recíproco na díade terapeuta-cliente, a terapia pode ser considerada um processo de influência mútua e ocasião de aprendizagem na qual o terapeuta poderá instalar comportamentos mais adequados, treinar discriminações de encobertos e planejar a generalização destes padrões para a vida do cliente. Assim, a história de aprendizagem que ocorre na interação terapeuta-cliente é uma variável de mudança; daí a importância do terapeuta ser uma figura reforçadora para o cliente (Follette, Naugle e Callaghan, 1996).

Quando o cliente entende a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, ele começa a revelar informações, sente-se protegido, confia no terapeuta; identifica este relacionamento como especial, diferente do que tem com outras pessoas. Como consequência, as respostas adquiridas e reforçadas nesta interação frequentemente se generalizam para outros ambientes, ficando sob controle das contingências naturais.

A Díade Terapeuta-Cliente

Uma vez que a situação de terapia é caracterizada pelas interações comportamentais entre terapeuta e cliente, cabe analisar cada um separadamente, a fim de compreender como ocorrem tais interações.

O Terapeuta: É na sessão de terapia que o terapeuta tem a oportunidade de analisar e modificar o comportamento do cliente, via relato verbal. A prática terapêutica, então, baseia-se essencialmente na interação verbal, instrumento que tem sido muito utilizado pelos terapeutas para ter acesso aos comportamentos encobertos do cliente.

Levando em conta tais considerações, entende-se porque a Terapia Funcional Analítica (FAP – Kohlenberg) preconiza a importância do terapeuta criar condições para que os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) do cliente sejam emitidos durante a sessão. Os comportamentos de esquiva emocional, dificuldades de comunicação, agressividade e outros que são emitidos na sessão, costumam ser os mesmos que o cliente emite fora dela, e através da relação com o terapeuta é que se torna possível haver a mudança para padrões mais adequados. Devido a este fato, desde o início do processo, o terapeuta deve ter como objetivo estabelecer-se como uma fonte de reforçamento social, ou segundo Skinner (1953/1998) uma audiência não-punitiva, pois é a partir deste poder de reforçamento do terapeuta que muitos eventos da terapia se desenvolvem. Estudos realizados em situação de terapia mostraram que a expectativa e a

percepção que os clientes têm acerca do terapeuta e da relação influem diretamente sobre os resultados da terapia (Ford, 1978)

Por ser uma figura significativa, o terapeuta muitas vezes serve de modelo para o cliente. Conforme afirmam Goldfried e Davison (1975):

(...) Por isso, o terapeuta deve estar sempre consciente do seu impacto sobre o cliente, fazendo todo o esforço para dar modelo de comportamentos, atitudes e emoções que possam acelerar o progresso terapêutico. Exemplificando, os clientes podem expor problemas que fazem parte da própria experiência pessoal do terapeuta. O terapeuta pode muitas vezes usar suas próprias experiências de vida para ajudar na mudança do comportamento do cliente (p.61).

Pode-se afirmar, portanto, que o terapeuta, no início do processo terapêutico, deve procurar reforçar toda uma ampla classe de comportamentos, que poderia ser denominada de “comportamento de ser cliente”. Sem esta classe, a terapia não ocorreria.

Entretanto, o terapeuta deve ter bem clara a diferença do emprego do reforçador natural e do arbitrário. A este respeito, Ferster (1967) acrescenta que o reforçamento natural ocorre sem planejamento e o terapeuta dele se utiliza quando o seu comportamento está sob controle do comportamento do cliente. A utilização do reforço natural na relação terapêutica aumenta a probabilidade de generalização dos comportamentos do cliente para a situação natural. Quanto ao reforçador arbitrário, o seu uso deve ser contingente a comportamentos do cliente que freqüentemente são diferentes daqueles reforçados no seu ambiente natural. Assim, o reforçamento arbitrário é efetivo para a modelagem de determinado comportamento, mas como apontado anteriormente, para que o comportamento aprendido seja generalizado e mantido no ambiente natural do cliente, gradualmente o reforçamento arbitrário deve ser substituído pelo natural.

Ainda com relação à utilização do reforçamento no processo terapêutico, Folette et al (1996) afirma que o terapeuta pode liberar dois tipos de estímulos reforçadores: o geral, que implica em reforçar todos os comportamentos da classe “ser cliente”, como: vir à sessão, esforçar-se em mudar, emitir comportamentos alternativos aos comportamentos queixa, auto-revelação; enfim comportamentos cuja função é estabelecer e manter o repertório necessário para a aprendizagem de novos padrões comportamentais; e o específico, que o terapeuta deve fazer uso depois que já tenha se constituído numa figura significativa para o cliente, e portanto, um estímulo reforçador natural, para reforçar os comportamentos alvo, que vão ficando cada vez mais específicos.

Nota-se que as definições de tipos de reforçadores que estão à disposição do terapeuta para uso no processo não são excludentes, mas sim complementares. Por exemplo, ao mesmo tempo em que um estímulo reforçador é natural, pode ser específico para determinado tipo de comportamento alvo; ainda, o mesmo estímulo reforçador pode continuar sendo natural, mas geral para outro padrão comportamental. O interessante é sempre fazer a análise da contingência em

vigor para identificar quais estímulos estão controlando o comportamento em questão e verificar a sua funcionalidade. Feito isto, o terapeuta terá mais clareza do esquema de reforçamento vigente.

Outras variáveis que devem ser levadas em consideração referem-se a determinadas características pessoais do terapeuta que podem facilitar ou dificultar a mudança comportamental. Habilidades sociais não substituem conhecimento teórico, mas terapeutas que se mostram mais seguros, flexíveis e afetuosos costumam ter mais sucesso em seu trabalho.

Banaco (1993) chama atenção para o impacto que o cliente pode ter sobre o terapeuta. O autor refere-se a temas como: valores morais ou religiosos muito diferentes; identificação do terapeuta com o problema do cliente; desrespeito do cliente em relação ao terapeuta, e outros. É comum, principalmente no início de seu trabalho, que os terapeutas possam apresentar dificuldade no estabelecimento da relação terapêutica, ficando sob controle das regras aprendidas de seus professores e supervisores. Não conseguir ficar sob controle das contingências da sessão e deixar de ouvir o discurso do cliente ou de discriminar todos os SDs da situação são exemplos desta dificuldade³. A supervisão e o aprimoramento constantes, bem como a terapia pessoal são recursos recomendáveis para solucionar este problema.

Existem muitos estudos que abordam classes de comportamento do terapeuta que pedem favorecer a relação com seu cliente. Os trabalhos clássicos de Rogers (1957) enfatizam a importância da empatia, da compreensão, e a aceitação. Outros autores como Kanfer (1970), Wielenska (1989), Banaco, R. Zamignani, D.R e Kovac, (1997) também estudaram classes de comportamentos do terapeuta e todos parecem concordar que além de ficar sob controle de regras, é importante que o terapeuta fique atento às contingências da sessão bem como a dicas de seu próprio comportamento e de seus eventos internos.

O Cliente: O cliente pode procurar o terapeuta com queixas mais ou menos específicas; sabe que algo está incomodando ou causando desconforto, isto é, identifica alguma situação aversiva e/ou déficit em seu repertório. Por outro lado, há clientes que ao procurar terapia, dizem não ter nada de especial para discutir, mas que gostariam de autoconhecer-se.

O autoconhecimento tem um valor especial para o indivíduo. Na terapia, através de perguntas ou comentários que o terapeuta faz, o cliente fica mais consciente de si mesmo, ou seja, é capaz de prever e controlar o seu próprio comportamento mais adequadamente. Indo de encontro a este fato, Skinner (1989/1995) afirma que *“a psicoterapia é, freqüentemente, um espaço para aumentar a auto-observação, para trazer à consciência uma parcela maior daquilo que é feito e das razões pelas quais as coisas são feitas”* (p.47). Dito de outra forma, o terapeuta tem como objetivo ensinar o cliente a discriminar comportamentos abertos e encobertos e criar condições para que ele inicie um tipo de controle do comportamento denominado conhecimento.

³ Para facilitar esta aprendizagem os supervisores de Terapia Comportamental da PUC/SP fazem a observação direta dos atendimentos via espelho unidirecional e a supervisão é feita imediatamente após o mesmo.

Tal fato ocorre, quando o cliente é capaz de descrever contingências e identificar as variáveis das quais o seu comportamento é função.

Desta forma, a terapia é propícia para a aquisição de autoconhecimento, sendo tarefa primordial do terapeuta estabelecer relações funcionais entre comportamentos abertos e encobertos e contingências e/ou regras que controlam o comportamento do seu cliente.

Casos Clínicos

O objetivo de descrever alguns casos clínicos, é poder ilustrar na prática terapêutica, como os aspectos considerados estão presentes.

Caso 1: P. relatou já ter feito outras terapias, antes de ser encaminhado ao terapeuta comportamental; mas nenhuma havia conseguido “*lidar com o seu caso*” (palavras do cliente). Disse que ouviu falar da terapia comportamental por agir diretamente no problema, sendo desta forma eficiente.

Quando P. iniciou a terapia estava com depressão profunda; mal conseguia sair de casa. A queixa é que tinha terminado o namoro de aproximadamente um ano. Também relatou que há muitos anos era deprimido e já havia feito inúmeros tratamentos, mas todos sem efeito. Quase morrera ao tomar antidepressivos e, por este motivo, não acreditava neste tipo de medicamento, recusando-se a tomá-lo. Ao conhecer sua ex-namorada, M. passou a se sentir muito melhor, como se os seus problemas tivessem terminado.

Nas sessões, E. queixava-se por não entender o porquê M. havia terminado o relacionamento. Ele relatava que era ótimo companheiro; limpava a casa dela, fazia comida, resolvia assuntos burocráticos, etc. M. trabalhava o dia todo e E. estava desempregado. Moravam em casas separadas, sendo que uma amiga da ex-mulher de E. havia emprestado o seu apartamento para ele morar.

E. era separado e não tinha filhos. Como estava desempregado, não tinha dinheiro para nada e reclamava que a vida era ruim, que “*nada dava certo*” (palavras do cliente). Por este motivo, não adiantava ele procurar emprego porque não iria ter sucesso.

Conforme pode-se perceber, P. tinha um padrão de comportamento queixoso; reclamava tanto da sua vida pessoal como profissional. Sempre atribuía ao ambiente externo o motivo de seus fracassos.

Ao ser encaminhado à terapia comportamental, logo de imediato, perguntou em quantas sessões estaria “curado”. O episódio a seguir ilustra como ocorreu a interação terapeuta-cliente neste momento:

C – “*Eu vim procurar a terapia comportamental porque ouvi dizer que ela é rápida...*”

T – “*O que você quer dizer com rápida?*”

C – *“Em algumas sessões já estarei curado...”*

T – *“Mas você acha que é simples assim?”*

C – *“Bom, falaram que a terapia comportamental vai direto ao ponto...”*

T – *“E...”*

C – *“Se é direta, então é rápida...”*

T – *“Como foram as suas outras experiências terapêuticas?”*

C – *“Muito longas... Nem me lembro...”*

T – *“Por que você desistiu?”*

C – *“Desisti porque os terapeutas não eram bons. Nada mudou, eu continuei deprimido...”*

T – *“O que você espera então?”*

C – *“Eu espero que você tenha a solução para o meu caso, afinal, você é o profissional e tem o conhecimento. Só depende de você...”*

T – *“Não, você está enganado; não depende só de mim, depende muito de você”*

Este episódio mostra uma situação comum enfrentada pelo terapeuta nas sessões iniciais com o cliente. Este pensa que o terapeuta tem a solução pronta para todas as suas queixas e, como se fosse uma receita, dirá o que fazer e como fazer e, num passe de mágica, estará “curado”.

Partindo da premissa que o vínculo terapêutico é o aspecto central a ser trabalhado com o cliente, fundamentalmente no início da terapia, o terapeuta que se vê na situação acima, deve orientar a sua intervenção no sentido de buscar uma forma de expor ao cliente os pressupostos da terapia comportamental (o que é, como funciona, qual o papel do cliente, do terapeuta, contrato, sigilo, etc.), sem no entanto, confrontá-lo de maneira punitiva. Desta forma, é importante que reforce o fato do cliente ter vindo, mais uma vez, procurar ajuda (já que neste caso o histórico de vida do cliente é de frustrações com outras terapias) e demonstre que compreende que estar lá não é fácil.

Dando seqüência à interação, o seguinte trecho demonstra tais características:

T – *“Ter vindo até aqui é muito importante, demonstra que você está mesmo buscando ajuda. O processo terapêutico depende de nós dois; temos que trabalhar juntos: você na sua vida lá fora e também aqui na terapia comigo”* .

Ao mesmo tempo em que o terapeuta atua como uma figura reforçadora, fortalecendo o vínculo terapêutico, deve esclarecer que a terapia não depende só dele, mas que é um trabalho construído baseado em uma relação; e por ser uma relação, é uma via de mão dupla: depende dos dois.

Ainda, o terapeuta deve discutir com o cliente se ele está disposto a enfrentar as situações aversivas de sua vida porque, muitas vezes, o mero queixar-se não significa estar a fim de mudar certos padrões de comportamento. A terapia propicia o autoconhecimento, mas é um processo que passa por momentos difíceis e doloridos; o cliente que não estiver preparado para tanto, não

aderirá ao que for proposto pelo terapeuta e, na primeira situação aversiva, abandonará a terapia por fuga/esquiva.

Mais uma vez, fica claro a importância do papel do terapeuta como uma audiência não-punitiva, no sentido de saber reforçar e acolher o seu cliente, mas também ensiná-lo a analisar funcionalmente a situação e torná-lo consciente das variáveis que estão controlando o seu comportamento.

Retomando o exemplo em questão, num dado momento da terapia, o cliente faltou duas vezes em seguida sem avisar o terapeuta. Na terceira sessão, chegou e disse ao terapeuta:

C – *“Você não me dá mesmo atenção. Eu faltei duas vezes e você não me ligou. Você é mais um que me rejeita”*

T – *“Você está se comportando da mesma forma que faz sempre. Novamente outra pessoa é responsável pelo seu comportamento”.*

Neste exemplo clínico, também foi trabalhado o fato do cliente achar que tudo dependia do outro e nada dependia dele; em outras palavras, o terapeuta utilizou a própria definição do que é comportamento para lidar com a questão. Partindo do princípio que comportamento é uma interação entre indivíduo e ambiente e que tem conseqüências e, retomando o episódio anterior, não é correto que o cliente deposite no terapeuta (ambiente) o sucesso ou insucesso da terapia, mas sim na relação, pois é na relação terapêutica que há a interação e somente através dela que a análise das contingências envolvidas pode ser realizada.

Caso 2: S. era a irmã do meio de outras duas irmãs. Sua mãe sempre exigiu que fossem ótimas alunas (e elas eram) e bem educadas. Punia fisicamente e verbalmente quando cometiam erros. O pai sempre foi quieto e ausente, *“um cara apagado e triste; o que me lembro dele é que recebeu medalha de operário padrão após 30 anos no trabalho, o que eu acho ridículo”* (palavras da cliente).

A irmã mais velha de S. tornou-se uma advogada bem sucedida e a mais nova, administradora de empresas. Ambas ganhavam bem e a mãe dizia para ela que até nisso havia errado: na escolha da profissão. Ela era professora de inglês no secundário, mas freqüentemente ficava sem emprego, pois brigava com as colegas de trabalho.

O seu marido, engenheiro, trabalhava em uma empresa do governo; conheceram-se quando estava na faculdade. Ele era quieto, pouco afetivo com ela e com a filha de 12 anos; dedicava-se totalmente ao trabalho. A vida sexual do casal era insípida e rotineira, com uma média de duas relações sexuais por mês, sem ela ter orgasmo.

S. era uma mulher sem amigos e seu lazer se resumia em assistir televisão e ir ao shopping. Quando isto ocorria, ela e o marido combinavam a hora e o local para se encontrar posteriormente: ela e a filha iam para um lado e o marido para outro, nunca conversavam.

Com a filha, o seu relacionamento “não era dos melhores”(sic): a menina reclamava que era uma mãe “careta”, exigente e que não dava carinho. Quando queria conversar, a filha saía de perto.

Tinha ainda uma cunhada, irmã do marido, que era executiva de uma multinacional. S. sentia-se mal perto desta cunhada. Segundo ela “... *me incomoda, é arrogante, acha que sabe mais do que todo mundo; quando falo com ela me irrita demais, acabamos discutindo*” (palavras da cliente).

Desde o início da terapia, S. constantemente agredia o terapeuta com frases como: “*Sua sala é bem simples hem !!!*”, “*Você não é nada vaidosa não é?*”, “*Engraçado...Intelectual é tudo igual... Não se cuidam mesmo... Olha só sua sandália...*”. O terapeuta ignorava, não reagindo às provocações da cliente. As agressões sempre aconteciam no início da sessão; até que um dia, por volta do 4º mês de terapia, aconteceu o seguinte diálogo:

C - “*Hoje estou bem triste mesmo... Puxa, hoje você caprichou, sua roupa está feia mesmo... Parece coisa de hipe velho*”

T - “*Você está mesmo com uma expressão triste. O que aconteceu?*”

C - “*Falei que sua roupa é feia, é horrível e você nem reage?*”

T - Silêncio...

C - “*É... Você tem sangue de barata mesmo, ou é porque eu pago e você tem que aguentar tudo?*”

T - Silêncio

C - “*Olha, pode ficar bancando a psicóloga impassível porque eu vou embora...*”.

A cliente saiu da sala e bateu porta. Voltou depois de 30 segundos, sentou-se e chorou.

Quando a cliente voltou à sala, a terapeuta fez com ela a análise da situação. Conhecendo sua história de vida, sabia que na história passada de S. as mulheres (mãe, irmã, cunhada) estavam associadas a punição e eram para ela sinalizadoras de seu fracasso e mau desempenho. Nas sessões de terapia cada vez que se sentia mais próxima da terapeuta, ela a agredia provavelmente por esquivo. A terapeuta não revidava e com isto conseguiu mostrar para esta cliente que ela podia ter outro tipo de relacionamento com as mulheres. A terapia foi planejada para que ela desenvolvesse um melhor repertório de relacionamento em geral, com as colegas de trabalho, a cunhada, filha, mãe, etc.

Vale a pena ressaltar que a terapeuta, quando selecionou os estímulos sob os quais ficou sob controle, isto é, quando a cliente verbalizou: “*Hoje estou bem triste mesmo... Puxa, hoje você caprichou, sua roupa está feia mesmo... Parece coisa de hipe velho*”, respondeu abertamente à 1ª parte da fala e ficou com a 2ª parte como um dado a mais para análise do comportamento do cliente. Terapeutas principiantes poderiam ficar sob controle de seus eventos encobertos e perder aspectos significativos da sessão.

Este relato mostra a história de uma pessoa que só viveu em ambientes aversivos durante sua vida, sendo privada de reforçadores importantes, como: bom relacionamento com a mãe, com

o marido, com a filha, etc. Pelo fato de ter sido punida, passou a se comportar agressivamente, mesmo com aqueles que não conhecia, como o seu terapeuta.

Nas sessões, o terapeuta procurou abordar os seguintes aspectos:

1. Inicialmente, construir um vínculo com a cliente foi primordial para que o processo terapêutico pudesse progredir, principalmente pelo fato de sua história de vida ser marcada pelo uso constante da punição;
2. Reforçar positivamente qualquer comportamento adequado, de forma que a cliente pudesse perceber outras formas de relacionamento interpessoal, que não a punição;
3. Busca de novos reforçadores: procurar atividades pela qual se interessasse, como cursos, trabalhos voluntários, etc. para criar condições da cliente interagir em outros ambientes e ser reforçada;
4. Autoconhecimento: Tornar a cliente consciente das variáveis que estariam controlando o seu comportamento e, a partir daí, propor situações de mudança. A assertividade foi um assunto discutido exaustivamente, no sentido de ensinar à cliente formas de controlar o ambiente quando este se tornasse punitivo;
5. Generalização: Aos poucos, o que foi aprendido em terapia, se generalizou para a situação natural da cliente, que desenvolveu um repertório comportamental adequado para se relacionar e ser reforçada ao invés de punida.

A partir do relato destes casos, pode-se perceber que o fundamental para o sucesso da terapia foi o vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente, e que para que o contato terapêutico provoque mudanças reais na vida do cliente é necessário o uso do reforçamento natural ao invés do arbitrário. Desta forma, o terapeuta pode ser considerado como uma audiência não-punitiva, conforme ressaltado por Skinner (1953/1998). De acordo com o autor:

(...) Do ponto de vista do paciente, o terapeuta em princípio é apenas mais um membro de uma sociedade que tem exercido excessivo controle. É tarefa do terapeuta colocar-se em situação diferente. Evita portanto consistentemente o uso de punição. (...) À medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não-punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do paciente. (...) O aparecimento do comportamento previamente punido na presença de uma audiência não-punitiva torna possível a extinção de alguns efeitos da punição. Esse é o principal resultado da terapia (p.405).

Referências Bibliográficas

BANACO, R.A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79;

BANACO, R.A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta2: experiências de vida. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. Santo André, SP: Arbytes, 174-181;

BANACO, R.A., ZAMIGNANI, D.R. e KOVAC, R. (1997). O estudo de eventos privados através de relatos verbais de terapeutas. Em R. A. Banaco, (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Santo André, S.Paulo: ARBytes editora, 289-302;

FERSTER, C.B. (1967). Psychotherapy from the Standpoint of a Behaviorist. In: J. D. Keehn (Editor) *Psychopathology in Animals*. New York: Academic Press, 279-303;

FOLLETTE, W.C., NAUGLE, A.E. e CALLAGHAN, G.M. (1996). A Radical Behavioral Understanding of the therapeutic Relationship in Effecting Change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641;

FORD, J.D. (1978). Therapeutic Relationship in Behavior Therapy: An Empirical Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, nº6, 1302-1314.

GOLDFRIED, M.R. e DAVISON, G.C. (1975). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston;

KANFER, F.H. e PHILIPS, J.S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York: Wiley & Sons;

KÖHLENBERG, R.J. e TSAI, M. (1987). Funcional Analytic Psychotherapy. In Jacobson, N.S. (Ed) *Psychotherapy in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press, 388-443;

RIMM, D.C. e MASTERS, J.C. (1974) *Behavior Therapy Techniques and Empirical Findings*. New York: Academic Press;

ROSENFARB, I.S. (1992). A Behavior Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354;

SKINNER, B.F. (1995). *Questões Recentes na Análise do Comportamento* - Ed Papirus - Título original: *Recent Issues in The Analysis of Behavior*, 1989;

SKINNER, B.F. (1998). *Ciência e Comportamento Humano* - Ed Martins Fontes - Título original: *Science and Human Behavior*, 1953;

SKINNER, B.F. (1999). *Sobre o Behaviorismo* - Ed Cultrix - Título original: *About Behaviorism*, 1974;

WIELENSKA, R.C. (1989). *A Investigação de Alguns Aspectos da Relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, SP, Brasil;

