

Terapia: sofrimento necessário?¹

Therapy: necessary suffering?

Nazaré Costa²
Universidade Federal do Maranhão

Resumo

O cliente, ao solicitar ajuda terapêutica, está sob controle de contingências aversivas; logo, sua expectativa, ao emitir este comportamento de busca de auxílio, é a de encontrar alívio para o seu sofrimento. Entretanto, embora a terapia de fato defina, como um de seus objetivos, o alívio para o sofrimento do cliente, também é possível afirmar que este pode sentir, como um efeito imediato da audiência não-punitiva por parte do terapeuta, a extinção dos comportamentos de fuga e esquiva emitidos pelo cliente em relação às suas dificuldades. A meta consiste em trazer, à consciência do cliente, os repertórios que estão sob controle aversivo. A partir da discussão de um caso clínico, o artigo se propõe sustentar a argumentação de que o processo terapêutico pode se constituir em uma situação aversiva para alguns clientes.

Palavras-chave: terapia; sofrimento; fuga-esquiva.

Abstract

The patient, when asking for therapeutic help, is under control of aversive contingencies, so his expectation, when he emits this behavior of asking for help, is one of finding relief for his pain. However, although the therapy, indeed, determines as one of its aims the relief for the patient's pain, it's also possible to say that he can feel, as an immediate effect of the non-punitive hearing of the therapist, more pain. This is possible as long as the therapist works in order to extinguish the escape and avoidance behaviors of the patient related to his problem. The aim consists at bringing to the patient's conscientiousness the behaviors that are under disliking control. This article aimed, by discussing a clinic case, to support the argumentation that the therapeutic process can become a disliking for some patients.

Key words: therapy; pain; escape-avoidance.

¹Mini-palestra apresentada durante o XI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, em setembro de 2002.

²e-mail: naza.pc@ibest.com.br

A autora agradece à cliente, pela autorização para publicação deste material; à Francynette Mel, pela leitura da última versão do artigo e à Allana Porto, pela disponibilidade em redigir o *abstract*.

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 são feitas (Skinner, 1991a, pp. 46-47).

Afirmar que a terapia causa algum sofrimento ao cliente pode parecer um contra-senso; afinal, se ele busca na terapia o alívio para seu sofrimento, como dizer que a terapia produz esse sofrimento? Não obstante, mesmo concordando que a terapia visa a aliviar o sofrimento e não produzi-lo, este artigo pretende, a partir de um caso clínico, demonstrar que o processo terapêutico pode levar sofrimento a alguns clientes.

Para fundamentar a afirmação supracitada, é pertinente efetuar algumas considerações teóricas sobre o processo terapêutico; em seguida, apresenta-se um caso clínico, descrevem-se e discutem-se comportamentos apresentados pelo cliente - ao longo do processo terapêutico - que ilustram a concepção de que a terapia "produz" sofrimento, evidenciam-se ganhos terapêuticos; e, ao final, são apresentados dados sugestivos sobre o processo terapêutico do caso apresentado.

Terapia: procura, objetivos, papel do terapeuta e autoconhecimento

Sob controle de contingências aversivas, com as quais não consegue lidar, uma pessoa procura por terapia, que tem como proposta aliviar e/ou solucionar as dificuldades apresentadas pelo cliente a partir da análise e mudança nas contingências (Baptistussi, 2000).

Para que os repertórios que estão sob controle aversivo possam ser emitidos pelo cliente, o terapeuta precisa atuar como uma audiência não-punitiva (Skinner, 1994). Os efeitos da audiência não-punitiva são descritos por Skinner (1994) da seguinte maneira:

"Se esse comportamento estava inteiramente

reprimido, pode a princípio alcançar apenas o nível encoberto; o indivíduo pode se comportar verbal ou não-verbalmente "consigo mesmo"... O comportamento mais tarde pode vir a ser trazido ao nível aberto. O paciente pode também começar a exibir emoções fortes: pode ter uma crise de choro, dar uma demonstração violenta de temperamento, ou ficar "histericamente" doente" (p. 350).

Se, por um lado, os efeitos da audiência não-punitiva são de fundamental importância para o processo terapêutico, por outro pode-se afirmar que tais efeitos, pelo menos no primeiro momento, são situações aversivas para o cliente, uma vez que, ao falar sobre suas dificuldades, entra em contato com o que o faz sofrer. Enquanto o contato com o sofrimento ocorre, o terapeuta continua exercendo seu papel de audiência não-punitiva, acolhendo, compreendendo e aceitando as verbalizações ou outros comportamentos apresentados pelo cliente. Neste caso, o comportamento do cliente está sendo mantido, tanto por reforçamento positivo (feedbacks verbais e não-verbais fornecidos pelo terapeuta), quanto por negativo (alívio ao expor o que estava "guardado").

Nas palavras de Skinner (1994), o comportamento de continuar em terapia pode estar sendo controlado pelo alívio produzido em função "do condicionamento ou extinção de reflexos emocionais" (p. 349).

Para que o processo terapêutico possa produzir mudanças na relação do cliente com seu ambiente, a consciência se mostra fundamental, na medida em que é "nele [que] está a possibilidade de autogoverno, de autocontrole" (Sério, 1997, p. 213).

A consciência, também denominada por Skinner de autoconhecimento, é aqui compreendida como um comportamento encoberto, instalado e mantido pela comunidade verbal, como qualquer outro comportamento que ocorre no mundo sob a pele. Seria uma resposta discriminativa aos próprios eventos privados, expressa na forma verbal (Skinner, 1991b; Tourinho, 1995).

Sobre a importância da consciência ou do autoconhecimento, cabe lembrar que, na concepção de Skinner (1983), o comportamento - para ser efetivo sobre o meio - prescinde da consciência do indivíduo. Apesar disto, reconhece a relevância deste comportamento, ao afirmar que “Uma pessoa que se “tornou consciente de si mesma” por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento” (Skinner, 1991b, p. 31).

Segundo Baptistussi (2000), a ausência completa de autoconhecimento evita os efeitos da punição; assim, estar inconsciente é mantido por reforçamento negativo. Em contrapartida, quando o cliente inicia uma terapia, torná-lo consciente amplia seu poder de atuação sobre o ambiente. Deste modo, o terapeuta direcionará o seu trabalho visando a extinção dos comportamentos de fuga e esquiva, consciente e inconscientemente emitidos pelos clientes em relação às suas dificuldades. Para alguns, esta conduta pode, por si só, tornar o processo terapêutico uma situação potencialmente aversiva.

O próprio Skinner (1994) estava atento para esta situação quando argumentou:

“Entre os tipos de comportamento com maior probabilidade de gerar estímulos condicionados aversivos, como resultado de punição, está o comportamento de observar o ato punido ou de *observar* a ocasião para o ato ou qualquer tendência a executá-lo. Como resultado da punição, não apenas nos empenhamos em outros comportamentos que excluam as formas punidas, mas empenhamo-nos também em comportamentos que excluam o *tomar conhecimento* do comportamento punido” (p.278).

Diante do exposto, argumenta-se que a terapia pode se tornar uma situação aversiva, para alguns clientes, na medida em que o próprio ato de lembrar e verbalizar sobre as

situações e comportamentos-problema faz com que o cliente sinta o que vivenciou quando teve seu comportamento punido e/ou colocado em extinção. Esta é uma situação que reforça a afirmativa de que a terapia envolve um conflito do tipo esquiva-esquiva o cliente procura terapia para obter alívio de seu sofrimento; mas ao procurá-la, também sofre, podendo vir a se esquivar dela. Para ilustrar, na prática, como esta situação pode acontecer, a seguir serão fornecidas informações acerca de um caso clínico, no qual se mostra evidente que o processo terapêutico foi vivenciado como uma situação aversiva.

Caracterização Geral do Caso e do Processo Terapêutico

Cliente do sexo feminino, 20 anos, primogênita de uma família constituída de três filhas (Patrícia³, de 17 anos e Izabela, de 11), solteira, estudante universitária.

O processo psicoterápico teve a duração de 5 meses, num total de 21 sessões: 3 sessões de avaliação, 2 de 3 sessões de intervenção focal. Entende-se por intervenção focal a análise e/ou aplicação de alguma técnica para lidar com o sofrimento do cliente, naquele momento, a fim de lhe proporcionar um alívio imediato.

Inicialmente, as sessões eram realizadas uma vez por semana; mas a partir da 12^a até a 18^a, estabeleceu-se que as sessões seriam realizadas 2 vezes por semana, uma vez que a cliente havia entrado em um período de crise. No período de avaliação, as queixas trazidas pela cliente foram:

- Relacionar-se de forma conflituosa com o pai: “hoje papai não respeita mais filho, mulher... eu tenho medo dele”⁴ (1^a sessão); “às vezes ouvir a voz dele me irrita” (2^a sessão).
- Sentir baixa auto-estima: “eu não tenho habilidade alguma”; “eu não consegui fazer (trabalho de uma disciplina)... me senti um

³Os nomes são fictícios

⁴Todas as palavras e expressões entre aspas, que aparecerem no item caracterização geral do caso e do processo terapêutico, são verbalizações da cliente.

lixinho, uma formiguinha” (1ª sessão); “acho que não tenho nada de bom pra dizer” (3ª sessão).

- Sentir insegurança: “Eu sou insegura” (1ª sessão); “acho que eu não vou conseguir alcançar meus objetivos” (3ª sessão).
- Preocupar-se com a virgindade: “a mamãe fala muito... perder a virgindade, não vale mais nada”; “pode pensar que eu sou fácil” (3ª sessão).

Um comportamento clinicamente relevante observado, ainda durante a avaliação, foi o padrão de fuga-esquiva, identificado quando respondia aos questionamentos sem aprofundar-se (mesmo diante de perguntas abertas, a cliente tinha a tendência de responder com monossílabos ou frases curtas) e mantinha-se em silêncio ou mudava de assunto ao ser solicitada a pensar em aspectos positivos que identificava em si mesma.

Considerando as queixas trazidas e outros comportamentos-problema nas áreas da interação social, trabalho, relações afetivas e sono, os objetivos estabelecidos para a intervenção consistiram em:

- Desenvolver a assertividade: a cliente se via como uma pessoa passiva e com dificuldade de expressar suas idéias (“não abro a boca pra falar mais nada”);
- Diminuir a agitação durante o sono: à noite a cliente costumava recordar seus problemas, se “mexia muito”, acordando “cansada de tentar dormir”;
- Reduzir os pensamentos pessimistas: freqüentemente, a cliente apresentava pensamentos pessimistas em diversas áreas (“eu faço já pensando nisso, em não conseguir”);
- Procurar outro trabalho: a cliente trabalhava com o pai desde os 15 anos de idade, de domingo a domingo; no entanto, freqüentemente o pai chamava a filha de irresponsável, aplicando-lhe punições

verbais, inclusive na presença de clientes;

- Analisar regras e auto-regras sobre virgindade: a cliente havia terminado o relacionamento anterior, alegando, como um dos motivos, o fato de o namorado desejar manter relação sexual. No relacionamento atual, apesar de já ter mantido relações sexuais, sentia-se culpada e preocupada com o fato;
- Instalar novo padrão de relacionamento afetivo: a cliente havia iniciado um relacionamento há pouco mais de um mês, tendo o namorado algumas características que se assemelhavam às do pai; no caso, comportamentos agressivos e calar-se em algumas situações. A cliente relatava, que ao entrar em uma nova relação, pensava em terminar e, no namoro atual, percebia-se submissa, considerava estar vivendo em função do namorado e tinha medo dele. Tornou-se claro, com esse relato, que estava ocorrendo uma generalização, já que a cliente apresentava comportamentos públicos e privados, na relação com o namorado, semelhantes àqueles apresentados na interação com o pai.
- Diminuir o sentimento de culpa em relação ao pai e estabelecer um relacionamento menos conflituoso com ele: a cliente apresentava sentimentos de raiva e rancor do pai e, diante destes sentimentos, sentia-se culpada. Relatou, que desde criança, o pai demonstrava preferência pela irmã Patrícia. Um dado relevante foi o fato de a mãe da cliente ter casado grávida, quando o marido já tinha outra família.

Visando a alcançar os objetivos traçados, as técnicas utilizadas nas sessões de intervenção foram: “distração”⁶, biblioterapia, treino assertivo, registro de comportamentos⁷, relaxamento passivo e tarefas de casa.

No item seguinte será descrito e discutido um conjunto de comportamentos⁷ apresentados

⁵Regras e auto-regras estão sendo compreendidas no sentido skinneriano como S^ds verbais que descrevem contingências. No caso da auto-regra, a única diferença está na formulação, que cabe ao próprio indivíduo.

⁶A técnica consiste em descrever um objeto presente na situação sempre que um pensamento de autocrítica e/ou pessimista ocorrer. A descrição, inicialmente, deve ocorrer publicamente para que, em seguida, o cliente possa fazer a descrição privadamente, sinalizando ao terapeuta quando o pensamento cessar (cf. Rangé, Gorayeb, Lettner, Oliveira, Souza, Conceição e von Poser, 1995). Ocorre, então, que o comportamento do cliente, de descrever (pública ou privadamente) o objeto, a partir da instrução do terapeuta, é incompatível com os comportamentos encobertos pessimista e de autocrítica.

⁷O registro de comportamento foi solicitado, em um primeiro momento, para identificar os pensamentos mais freqüentes da cliente e as variáveis controladoras dos mesmos; e, em um momento posterior, para que a cliente discriminasse comportamentos que estava adquirindo ao longo da terapia.

pela cliente ao longo do processo terapêutico, que ilustra o quanto a terapia foi uma situação aversiva para a mesma.

Quando a Terapia Produz Sofrimento

Os operantes a serem descritos e discutidos serão desmarcar e faltar a sessões, verbalizar que a terapia estava sendo aversiva e chorar durante as sessões.

Ao longo dos 5 meses de atendimento psicoterápico, foram marcadas 34 sessões; destas, a cliente desmarcou 9 (2 no período de avaliação e as demais no período de intervenção) e faltou em 4. Em uma mesma semana, chegava a desmarcar sessões duas vezes e, em geral, as remarcaava neste mesmo período 5 dias.

É provável que o fato de a terapeuta atender a cliente na mesma semana reforçava positivamente os comportamentos de desmarcar e remarcar sessões. Acredita-se que a terapeuta estava sob controle de pelo menos uma regra o terapeuta não deve ser uma audiência punitiva e uma auto-regra devo atender esta cliente no mínimo uma vez por semana porque se trata de um caso urgente. Entenda-se por urgente aquele caso em que o cliente demonstra sofrimento intenso e/ou corre algum risco (na fase intermediária do processo, a terapeuta pensou na possibilidade de a cliente tentar suicídio).

Contingente ao aumento da frequência dos comportamentos de desmarcar e remarcar sessões, a terapeuta enfatizava que entendia seus sentimentos; entretanto, também mostrava que a esquiva das situações não levaria à diminuição de suas dificuldades.

Como afirma Brandão (1999), apesar dos comportamentos de fuga e esquiva serem “funcionais para se livrar de muitas situações aversivas públicas” (p.180), produzem diversas conseqüências prejudiciais ao indivíduo, a saber:

- “Falta de contato com reforçadores positivos e conseqüentes déficits comportamentais;

- Recorrência de respostas emocionais ou sentimentos dolorosos;
- Impossibilidade de experienciar sentimentos positivos que as situações evitadas poderiam produzir;
- Aumento do potencial aversivo da situação evitada;
- Generalização de respostas emocionais para outras situações, objetos ou pessoas;
- Próprias respostas emocionais se tornam reforçadores negativos e o indivíduo passa a querer controlá-las” (p.180).

A terapeuta procurava colocar o comportamento da cliente sob controle de conseqüências a longo prazo e não das imediatas.

Após desmarcações e faltas durante 6 sessões, a cliente fez referência à terapia como uma situação aversiva. Abaixo estes relatos são transcritos:

- 5ª sessão: para esta sessão, após a terapeuta sugerir algumas referências na sessão anterior, havia sido acordado que a cliente se prepararia para a apresentação de um trabalho na faculdade e que iriam discutir seu conteúdo e forma. Nesta sessão, relatou: “Quase eu não vinha ... eu tava tão nervosa ... eu não vou ... ela vai me avaliar ... eu não vou conseguir”.
- 8ª sessão: após a falta na sessão anterior, verbalizou “...eu achei melhor não vir... Era terapêutico. Eu tava me sentindo bem... a aparência que tem daqui é de sofrimento... eu chorando... tu me falando o que eu não queria ouvir”. Ao final da sessão, relatou que não iria mais faltar.
- 10ª sessão: no intervalo entre esta sessão e a anterior, a cliente havia discutido com o pai, sua irmã Patrícia lhe chamara de “ruim” por não ter ido buscar, de carro, o namorado da irmã e não tinha ido a nenhuma aula na faculdade. Na sessão relatou: “parece que desde que eu entrei na terapia eu não sou feliz”.
- 13ª sessão: nesta sessão, trouxe os dados de que Patrícia ia se casar, que as notas nas disciplinas estavam baixas e que não tinha ninguém que a entendesse, escutasse e a

ajudasse. Os relatos nesta sessão foram: “tô pensando que eu não era assim antes da terapia/ Eu acho que eu quero sair/ Eu sentia, mas era mais fraco... comecei a me ver pior”⁸.

- 14ª sessão: esta sessão foi remarcada 3 vezes.

Na primeira, a cliente relatou estar atarefada com o casamento da irmã e, na segunda, que estava com crise de sinusite. Durante a sessão, disse: “não vim na última sessão não pela sinusite, mas porque tava bem e fiquei com medo de ficar mal”.

- 21ª sessão: a cliente ficou em dependência em um número de disciplinas que extrapolava o permitido para cursar o semestre seguinte. Em função disto, relatou estar com vergonha de voltar para a faculdade e encontrar os colegas da sua turma e os professores das disciplinas nas quais havia sido reprovada. Sobre a terapia verbalizou: “Eu tava pensando em parar a terapia... vim pensando em parar”.

O comportamento de chorar ocorreu em 8 sessões de intervenção, sendo que em 4 delas, o choro ocorreu ao longo de quase toda a sessão. Cabe ressaltar que, em uma sessão, a cliente prendeu o choro após as seguintes verbalizações da terapeuta: “Mesmo diante de todos os problemas, você está conseguindo. Muito mais do que é humanamente capaz”; “Você está fazendo como seu pai. Só vê o que não está bom”.

Dentre os S^{ds}, que podem ter controlado o comportamento de chorar, estavam: pensar que o namorado ia terminar a relação; verbalização da mãe de que a cliente tinha tudo, por isso não havia motivos para estar sofrendo; aniversário do pai, ocasião em que a cliente comprou 3 presentes e o pai “colocou defeitos” e a fala da terapeuta lembrando as queixas.

Na primeira sessão, na qual a cliente verbalizou ter pensado em faltar, cabe lembrar que o planejamento previa expor a cliente a uma situação que era aversiva; no caso, falar diante de alguém e correr o risco de ser avaliada negativamente. Sentir medo da

avaliação negativa das pessoas era um padrão da cliente; contudo, o fato de a terapeuta também ser professora, e a cliente ter conhecimento desta informação, pode ter acentuado este sentimento.

Nas demais sessões, nas quais a cliente verbalizou que a terapia estava sendo aversiva, era notório que ela já não chegava bem. Acredita-se que não era exatamente a sessão que fazia a cliente sentir-se mal. Na verdade, na sessão, relembra todas as situações aversivas vivenciadas ao longo da semana e, ao fazê-lo, sentia as mesmas sensações das situações passadas. Como diz Skinner (1978), “o que sentimos são condições do nosso corpo, a maioria das quais estritamente relacionadas com nosso comportamento e com as circunstâncias nas quais nos comportamos” (p.71).

Seguidos, e/ou conjuntamente com os comportamentos privados de lembrar e sentir, a cliente freqüentemente apresentava um outro comportamento chorar. Toda esta seqüência de comportamentos era aversiva para a cliente e, como acontecia na sessão, é provável que o consultório, a terapeuta e a terapia tenham se tornado estímulos aversivos condicionados. Além disso, na terapia, a cliente era levada a tomar consciência de suas dificuldades a partir das perguntas e análises da terapeuta. Em outras palavras, na terapia, o padrão de fuga-esquiva não era reforçado pela terapeuta.

Banaco (2001) discute o uso de técnicas aversivas para lidar com ansiedade, argumentando que a sua utilização pode ser prejudicial à adesão ao tratamento, uma vez que tende a produzir comportamentos de fuga e esquiva.

Se, por um lado a argumentação do autor é completamente pertinente, por outro, em certas ocasiões, é quase impossível não expor o cliente a situações que controlam ansiedade ou qualquer outro tipo de sentimento que é vivenciado como aversivo.

⁸As barras foram usadas para sinalizar que as verbalizações ocorreram após alguma fala da terapeuta.

A Terapia Só Produz Sofrimento?

O relato apresentado demonstrou que o processo terapêutico pode se constituir em uma situação aversiva para algumas pessoas e, talvez, esta seja uma das variáveis que controlam o comportamento de se esquivar desta situação. Com certeza, muitos já observaram o quanto é freqüente o cliente não comparecer à primeira sessão, por falta ou desmarcação. Contudo, se o processo terapêutico fosse, de fato, uma situação essencialmente aversiva, provavelmente o comportamento de procurá-lo seria posto em extinção.

Na medida em que o processo terapêutico leva o cliente a tomar consciência das suas dificuldades, é pertinente dizer que o sofrimento *faz parte*. Seria uma situação, em alguns momentos, quase inevitável, que precederia às mudanças nas relações de controle, que, por sua vez, levam à redução do sofrimento do cliente.

Mesmo para a cliente em questão, a terapia chegou a ser vista como uma situação que não trazia apenas sofrimento. As falas, a seguir, sugerem mudança de concepção:

- 13ª sessão: "Aqui eu descarrego... por isso que eu venho/ Vir aqui... tu me faz ver coisas que eu não conseguia ver e por isso eu me sinto melhor".
- 17ª sessão: "Não vejo mais aqui como eu via... como um lugar que faz eu ficar ruim, mas que vai me ajudar, mesmo que me sinta ruim, depois vou melhorar".
- 20ª sessão: "Muita coisa eu percebi depois que eu entrei na terapia... se fosse no ano passado eu taria mal".

Apesar de a cliente ter abandonado a terapia, alguns objetivos foram alcançados, o que possivelmente manteve a cliente no processo terapêutico ao longo deste período, *mesmo sofrendo*.

Na 17ª sessão, a terapeuta havia solicitado à cliente que trouxesse, para a sessão seguinte, uma lista de comportamentos adaptados que estava observando em si. Na sessão, após o

relato da cliente, a terapeuta apresentou uma lista de 10 comportamentos adaptados que foram:

1. Vir à terapia, mesmo sentido-se bem;
 2. Seguir algumas orientações da terapeuta: tentar fazer relaxamento, ir à praia e organizar material para estudo;
 3. Ser assertiva com a terapeuta: falar que estava pensando em parar a terapia; que não compareceu à terapia porque estava se sentindo bem e tinha receio de piorar; falar que não gostou do texto sobre mudança⁹;
 4. Ser assertiva com o namorado: ter falado que não havia gostado de uma pergunta formulada por ele (se tinha ligado para saber se estava em casa), ter explicitado exemplos de comportamentos que haviam mudado e perguntado o que estava acontecendo;
 5. Ser assertiva com a mãe: argumentar com a mãe sobre a terapia não ser como ela pensava. A percepção da mãe era a de que a cliente estava pior; conseqüentemente, a terapia não estava ajudando;
 6. Reconhecer alguns aspectos positivos em si: "Estou ótima no inglês". "Sou compreensiva, não pego no pé" (com namorados);
 7. Admitir que é importante tentar, mesmo que não consiga desta vez;
 8. Procurar pessoas para desabafar: ligar para uma amiga, "não se importando se ia incomodar";
 9. Controlar a angústia: realizar atividade mesmo sentindo-se angustiada;
 10. Brincar com o pai.
- Seguem verbalizações da cliente que ilustram mais ganhos terapêuticos:
- 15ª sessão: "Tou vendo que eu tou tentando... vou me sentir pior se não tentar... posso conseguir da próxima vez";
 - 18ª sessão: "Se ele (namorado) tiver que gostar de mim, vai ter que ser assim... não tenho que ser perfeita pra ele";
 - 19ª sessão: "Eu tou tentando ver algumas qualidades minhas, que eu não sou pior do que ninguém"/ Não vou precisar (a

⁹Este texto tratava a mudança como um aspecto inerente e necessário ao homem, mas também que poderia ser doloroso.

terapeuta ia viajar e deixou os números do telefone, caso precisasse);
 - 20ª sessão: “Dois dias que eu não tou indo (para o trabalho)... hoje, ele (pai) disse se eu fosse ele ia me bater... papai é todo errado... não consigo mais me calar... fui atrás dele e disse o senhor que tem que me respeitar...

desrespeitando a mamãe, não vou mais aceitar isso” / “eu sei que eu sou capaz... tou me sentido mais dona de mim”.

Na 21ª sessão, a ficha de avaliação abaixo foi entregue para a cliente, que avaliou o processo assinalando com um X os objetivos traçados inicialmente.

Tabela 1: Ficha de avaliação preenchida pela cliente

Nº	OBJETIVOS	AI	AP	NT
1	Desenvolver assertividade			X
2	Diminuir ansiedade/agitação durante o sono		X	
3	Procurar outro trabalho		X	
4	Instalar novo padrão de relacionamento afetivo			X
5	Analisar auto-regras sobre virgindade		X	
6	Diminuir sentimento de culpa em relação ao pai	X		
7	Melhorar relacionamento com o pai			X
8	Diminuir pensamentos pessimistas		X	
9	Aumentar auto-estima		X	

Legenda: AI = Alcançado Integralmente / AP = Alcançado Parcialmente / NT = Não Trabalhado

Nota-se que, mesmo nos três objetivos que a cliente marcou não trabalhado, já havia um início de mudança em todos, como evidencia a lista da sessão 17.

Uma fala relevante da cliente na 21ª e última sessão foi a de que, em função da mudança para um bairro mais afastado, teria que usar mais ônibus para continuar a terapia. Talvez este fosse mais um comportamento de esquiva da cliente, uma vez já que estava bem e não queria correr o risco de sofrer novamente.

Comentários Finais

O objetivo deste artigo foi o de trazer à reflexão a terapia como um processo que, mesmo se propondo a aliviar o sofrimento, pode propiciar uma situação aversiva por produzir, em certo sentido, algum sofrimento. Na busca de efetividade da terapia em produzir mudanças nas contingências e, conseqüentemente, levar o cliente a aliviar seu sofrimento, sabe-se que estão atuando variáveis do terapeuta, do cliente e da interação entre eles (Otero, 2000).

Quanto à terapeuta, cabe questionar, se neste

caso, ela conseguiu ser uma audiência não-punitiva. Ao mesmo tempo em que é possível responder que não, haja vista a exemplificação de todos os comportamentos apresentados pela cliente, de outro lado, é notório que foram observados os efeitos da audiência não-punitiva. Ainda assim, um questionamento se mostra pertinente como a terapeuta poderia ter agido para diminuir os efeitos aversivos de suas intervenções? Ou, de outro modo, como a terapeuta deveria ter se comportado para que funcionasse mais como um estímulo reforçador?

A pergunta é difícil de ser respondida! O que se identifica, no momento, é que um comportamento da terapeuta - que talvez tivesse contribuído para torná-la mais reforçadora - seria o de ter realizado intervenções mais lentamente. Como a terapeuta ficou sob controle do grau elevado de sofrimento da cliente, avaliou que deveria buscar alívio para as situações-problema o mais rapidamente possível. No entanto, há dúvidas de que a cliente estivesse preparada, naquele momento, para mudanças rápidas. Além disso, pode-se supor que as mudanças

promovidas pela terapia ainda não estavam produzindo reforçadores positivos potentes; a final, algumas mudanças de comportamentos, principalmente com o pai e o namorado, estavam sendo punidas.

E quanto à cliente, seus comportamentos de desmarcar e faltar a sessões, além de verbalizar na terapia que estava pior depois de ter iniciado o processo, poderiam ser explicados em função da generalização do seu padrão de fuga-esquiva? Acredita-se que sim. Por fim, o que controlou o comportamento da terapeuta de escrever sobre este assunto? Dentre as diversas variáveis, acredita-se que uma particularmente relevante foi o sofrimento de observar a cliente com pouca melhora em seu quadro geral após a terapeuta variar frequentemente seu comportamento em relação aos recursos utilizados no caso. A terapeuta, inclusive, estabeleceu um prazo para que a cliente passasse a responder melhor ao processo; caso contrário, acordou com a mesma, faria o encaminhamento para

um outro profissional.

Como sugere Lipp (1995), em seu texto sobre ética, o terapeuta precisa estar consciente de suas limitações e, em caso positivo, encaminhar o cliente para outro profissional. “O profissional deve ter clareza suficiente para poder admitir que nem sempre o que ele sabe ou o que ele pode fazer naquele momento é o mais adequado para aquele cliente” (Otero, 2000, p.154). Não somos eficientes em todos os casos, para todo e qualquer cliente.

Espera-se que estas reflexões possam ampliar o olhar de cada um sobre o processo terapêutico; e, a partir do que foi discutido neste estudo, é real e possível que o cliente manifeste um sofrimento necessário, principalmente aqueles que apresentam um padrão de fuga-esquiva de suas dificuldades. Mas esse sofrimento só é necessário se o cliente fizer esta escolha - em função de uma história de vida que o leve a ficar sob controle de contingências em longo prazo.

Referências

- Baptistussi, M. C. (2000). Bases teóricas para um bom atendimento em clínica comportamental. Em R.C. Wielenska (org.). *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, 1ª. edição, 218-229. Santo André: Arbytes.
- Banaco, R.A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. Em M.L. Marinho e V.E. Caballo (orgs.). *Psicologia clínica e da saúde*, 197-212. Londrina: UEL APICSA.
- Brandão, M.Z.S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179-187.
- Lipp, M.N. (1995). Ética e psicoterapia comportamental. Em B. Rangé (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*, pp. 109-118. Campinas: Psy.
- Otero, V. (2000). Psicoterapia funciona? Em R.C. Wielenska (org.). *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, 1ª. edição, 152-155. Santo André: SET.
- Rangé, B.; Gorayeb, R. Lettner, H.W.; Oliveira, C.M.F.; Souza, C. R.; Conceição, D.B. e Von Poser, N. (1995). Glossário de técnicas. Em B. Rangé, (org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*, 281-298. Campinas: Psy.
- Sério, M.T.A.P. (1997). A concepção de homem e a busca de autoconhecimento. Em R.A. Banaco (org.) *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*, 1ª. edição, 209-216. Santo André: ARBytes.
- Skinner, B.F. (1978). *Reflections on behaviorism and society*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Skinner, B.F. (1983). *O mito da liberdade*. Tradução de E.R.B. Rebelo. São Paulo: Summus. (trabalho

original publicado em 1971).

Skinner, B.F. (1991a). *Questões recentes na análise comportamental*. Tradução de A.L. Neri. Campinas: Papyrus. (trabalho original publicado em 1989).

Skinner, B.F. (1991b). *Sobre o behaviorismo*. Tradução de M.P. Villalobos. Campinas: Papyrus. (trabalho original publicado em 1974).

Skinner, B.F. (1994). *Ciência e comportamento humano*. Tradução de J.C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).

Tourinho, E.Z. (1995). *O autoconhecimento na psicologia comportamental de B.F. Skinner*. Belém: Universitária UFPA.

Recebido em: 06/12/02

Primeira decisão editorial em: 20/04/03

Versão final em: 02/05/03

Aceito em: 10/05/03