



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

**IMPLICAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS
COMPORTAMENTAIS DO TERAPEUTA SOBRE O
TRATAMENTO DO AUTISTA**

PÂMELA LUANA JÁCOME MACÊDO

BRASÍLIA

NOVEMBRO/ 2005

PÂMELA LUANA JÁCOME MACÊDO

IMPLICAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS
COMPORTAMENTAIS DO TERAPEUTA SOBRE O
TRATAMENTO DO AUTISTA

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEUB – Centro
Universitário de Brasília
Prof. orientador: Geison Isidro
Marinho

Brasília/DF, Novembro de 2005

Dedico aos profissionais que trabalham com crianças autistas, a essas crianças e suas famílias.

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento e conclusão desta. Em especial a Deus, à minha família, ao Danilo, aos amigos e ao professor orientador.

SUMÁRIO

Resumo	06
Introdução	07
Capítulo I – Histórico e Definições do Autismo	10
Capítulo II – O Tratamento para o Autismo e seu Histórico	15
Capítulo III – Avanços do Tratamento com a Análise do Comportamento	21
Capítulo IV – A Relação Terapêutica e as Posturas do Terapeuta	28
Conclusão	35
Referências Bibliográficas	37

RESUMO

O objetivo do presente trabalho consiste em averiguar, por meio de revisão bibliográfica, as implicações das características comportamentais que do terapeuta sobre o tratamento do autista. As manifestações do Transtorno Autista, também chamado de autismo infantil precoce, autismo da infância e autismo de Kanner, variam de acordo com nível de desenvolvimento e da idade do sujeito. Sendo que, suas principais características são o desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. O tratamento vem evoluindo a cada ano que passa, tanto na área escolar como na médica. De uma forma geral, a abordagem destas crianças é semelhante à do deficiente mental grave, usando-se técnicas comportamentais visando a indução de uma normalização de seu desenvolvimento e lhes ensinado noções básicas de funcionamento. Dentre os objetivos da terapia comportamental devem conter o desenvolvimento de repertórios de contra-controle e da autonomia, além do descondicionamento das respostas indesejáveis. Quando realizada com crianças, deve incluir a orientação e o treinamento dos pais. O termo Terapia Comportamental é utilizado para qualquer uma das várias técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos (especialmente de aprendizado) para adquirir, mudar ou transformar construtivamente o comportamento humano. O atendimento ao cliente, dentro dessa visão, inclui a avaliação inicial, estudo do problema que ele traz, delimitação de metas, escolha de técnicas e procedimentos, implementação, avaliação passo a passo, avaliação final e seguimento. a influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica, é de suma importância na terapia. Esse profissional deve estar habilitado não só para a aplicação de técnicas, mas também para a responsabilidade de construir um relacionamento que seja em si terapêutico. Como características necessárias ao terapeuta, a literatura aponta, de uma forma geral, a postura empática e compreensiva, a aceitação desprovida de julgamentos, a autenticidade, a autoconfiança e a flexibilidade na aplicação de técnicas e alguns comportamentos gestuais para uma boa relação terapêutica. Quanto aos programas de tratamento, a maior preocupação se refere à generalização da modificação do comportamento para outros ambientes, situações e pessoas, uma vez que essas intervenções são administradas em ambientes isolados, como clínicas, instituições e escolas especializadas. Outra dificuldade existente é que essas intervenções requerem treinamento especializado de todas as pessoas que lidam com a criança. Sendo igualmente importante considerar o responder específico de cada cliente.

O objetivo do presente trabalho consiste em averiguar, por meio de revisão bibliográfica, as implicações das características comportamentais do terapeuta sobre o tratamento do autista.

A Classificação Internacional de Doenças Mentais (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM) criaram a categoria Diagnóstico dos Distúrbios Globais do Desenvolvimento e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), onde está incluso o Autismo. Os TID afetam a interação social, a comunicação e o comportamento, com uma alta prevalência, que pode chegar a cinco casos por 1.000 crianças, cuja razão sexual é de 4:1 entre homens e mulheres (Carvalheira e cols, 2004).

Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento caracterizam-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento. São elas: habilidades da interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. No DSM IV são citados em TID: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação. Geralmente, esses transtornos se manifestam nos primeiros anos de vida, e freqüentemente, podem estar associados com algum grau de Retardo Mental (www.autismo.med.br).

O transtorno autista, sendo uma condição crônica caracterizada pelo prejuízo grave e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento (Bastos e Mendes, 2001), surge em populações e em raças diferentes, bem como em todas as regiões do mundo (Leboyer, 1995).

Vários artigos de revisão crítica sobre o transtorno relatam que, é uma síndrome das mais difíceis de compreender, devido seu espectro variável de gravidade, mudança periódica de sintomas, confusão, inconsistência na nosologia (ciência que classifica as doenças) e falta de sinais físicos específicos. O comportamento da criança dificulta a coleta de dados adequados e concretos sobre o seu desenvolvimento, o que torna o diagnóstico difícil (Ornitz e cols, 1997). Esse,

por sinal, deverá resultar de um minucioso histórico do paciente e inquérito familiar a respeito das habilidades cognitivas e comportamentais do mesmo (Carvalho e cols, 2004).

Gauderer (1997) afirma que poucos distúrbios ou doenças causam mais perplexidade, confusão, ansiedade e incomodam o ser humano como os psiquiátricos. Há preconceitos e estigmas formados, desinformação e fantasias a cerca desses distúrbios, e o Autismo é um deles. As doenças psiquiátricas ou comportamentais são reconhecidas e diagnosticadas com dificuldade. Não é, necessariamente, de difícil identificação, porém elas levam os profissionais a questionarem sobre si mesmos, sobre o próprio comportamento.

Os transtornos psiquiátricos infantis crônicos podem ser muito graves, e possuem índices e graus de melhora relativos. Pode ser que, devido a esse fato, os modelos de tratamento persistem em programas de assistência, combinados com intervenções medicamentosas ou não e psicoterapêuticas, desenvolvidos em ambientes isolados da comunidade (Bastos e Mendes, 2001).

Como ocorre em psicoterapia, a modificação do comportamento é adequada para determinadas crianças autistas, com sintomas específicos, num nível de desenvolvimento. Essas crianças apresentam enormes variações de capacidade intelectual, uso e compreensão da fala, nível global do desenvolvimento, idade da criança ao receber tratamento, gravidade dos distúrbios e contexto familiar. A eficácia do tratamento, então, pode ser determinada a priori pelo nível de intensidade do distúrbio (Ornitz, 1997).

Segundo Camargos Jr (2001), as síndromes e quadros do espectro autístico são os mais complexos da psiquiatria infantil e, portanto, os de tratamento mais difíceis. Isolando a questão de que o início dos sinais ocorre já ao nascimento, ou em prazo muito pequeno da idade do autista, verifica-se que isso gera várias particularidades restritivas. Por gerarem uma criança doente, os pais são afetados, no sentido de não gerarem a função de pais num ambiente “normal”. Se essa criança for o primeiro filho, essa “frustração” pode ser maior, por não terem tido a experiência do filho sem o transtorno, nem uma referência de comparação entre o

desenvolvimento do autista e do não-autista, o que gera insegurança quanto a ter outros filhos (www.autismo.med.br).

A socialização da família também pode ser afetada, pois ela se vê “impedida” de ir aos eventos tradicionais, como festas e visitas sociais. Isso pode acontecer pelo comportamento da criança, pela proteção de si mesmo diante dos outros e pelas perguntas sobre a condição do filho, que possam surgir. A maneira com que os pais lidam com esses pontos pode influenciar de forma significativa o percurso de suas vidas (www.autismo.med.br).

Durante algum tempo, quando os psiquiatras davam um diagnóstico de autismo, os pais sofriam uma grande culpabilização. Esses sentimentos negativos não tinham boas conseqüências relacionais. Muitas vezes, o distúrbio levava ao segredo, isolamento, abandono dos próximos e solidão. O estado familiar era alterado, e degradado. Os pais se sentiam julgados, e lhes eram atribuídos o rótulo de maus pais (Amy, 2001).

Atualmente, esse sofrimento pode ser expresso publicamente, tendo saído de sua exposição somente no consultório médico ou em psicoterapia. E devido à possibilidade dos pais se expressarem e escutarem, uns aos outros, houve uma evolução considerável no relacionamento familiar (Amy, 2001).

De acordo com o desenvolvimento do tema a ser tratado, a partir da revisão bibliográfica realizada e das reflexões e considerações do autor, este trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos. O primeiro trata do histórico e as definições do autismo. O segundo, do tratamento do autismo e seu histórico. O terceiro, dos avanços do tratamento com a Análise do Comportamento, sendo discutidos os termos gerais do tratamento. E, finalmente o último, da relação terapêutica, da importância dessa relação enquanto ferramenta, e das posturas do terapeuta, onde as variáveis da relação entre terapeuta e cliente são levantadas.

CAPÍTULO I – HISTÓRICO E DEFINIÇÕES DO AUTISMO

Leo Kanner, em 1943, observou 11 crianças que tinham um padrão de comportamento em comum. Designou “autismo infantil precoce” essa síndrome específica, que difere de outras perturbações infantis. Utilizava-se este termo anteriormente para descrever o isolamento social em adultos esquizofrênicos, e desde então, criou-se uma confusão entre esses dois distúrbios. Os principais comportamentos observados por Kanner foram: ausência de fala ou formas peculiares não adequadas à conversação, falta de contato emocional com as outras pessoas, fascinação por objetos e destreza no manuseio desses, desejo de preservar a imutabilidade do ambiente e/ ou rotinas familiares, inteligência potencialmente boa segundo a aparência facial e feitos de memória, e habilidades de realizar tarefas envolvendo encaixes e montagens, com quebra-cabeça e jogos de encaixe (Wing, 1996). Eugen Bleuler, em 1911, descreveu a síndrome da esquizofrenia infantil, onde o sintoma principal era a dissociação. Kanner procurou fazer essa diferenciação, do autismo infantil precoce da esquizofrenia infantil (Amy, 2001).

Descrição de crianças com características similares podem ser encontradas na literatura histórica médica, embora Kanner tenha sido o primeiro a perceber que um grupo de crianças partilhava um padrão peculiar de comportamento. Muitos psiquiatras descreveram crianças com várias formas anormais de comportamento. No final do século XIX e início do século XX, sendo geralmente referidas como “psicóticas”. De acordo com Kanner, provavelmente algumas delas eram autistas. Em 1942, os psicólogos Gesell e Amatreeda relataram um grupo de crianças muito similar àquele descrito por Kanner, onde havia interação social e comunicação perturbada, comportamento repetitivo, que parecia ter aparência normal e algumas habilidades isoladas. Porém enquanto Kanner às descreviam como potencialmente normais e terem inteligência acima do normal, Gesell e Amatreeda descreviam a maioria como tendo quociente de inteligência abaixo de 50, colocando-as na faixa dos distúrbios de aprendizado mais severos (Wing, 1996).

Plouller, em 1906 introduziu o termo *autista* na literatura psiquiátrica, para pacientes que tinham o diagnóstico de demência precoce, introduzindo posteriormente o termo esquizofrenia. Em 1943, John Hopkins utilizou o adjetivo

empregado por Plouller para descrever a qualidade de relacionamento de crianças que tinham características em comum, como a incapacidade de se relacionar com pessoas. Em 1947, Bender utilizou o termo *esquizofrenia infantil*, pois considerava o Autismo como a forma mais precoce de esquizofrenia. Mahler, em 1952, utilizou o termo *psicose simbiótica* e atribuía a causa da doença ao relacionamento mãe e filho, e em vez de se relacionarem de maneira distante e remota, tendem a se grudar ferozmente na mãe. Já Rank, em 1949, descreveu crianças autistas como tendo um *desenvolvimento atípico do ego*, descrevendo pacientes com sintomas não tão graves. O termo *pseudo-retardo* ou *pseudodeficiente* foi utilizado por Bender, em 1956, para crianças com funcionamento em nível de retardo ou deficiência. Psicose infantil, psicose da criança e psicose de início precoce também são utilizados para denominar autismo quando usadas para crianças com início de sintomas antes de 36 meses de idade (Gauderer, 1997).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10 (1993), o autismo está classificado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento são caracterizados por anormalidades qualitativas em interações sociais e padrões de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Embora possam variar em grau, essas anormalidades qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações. Geralmente, o sujeito tem um desenvolvimento atípico desde a infância, nos primeiros cinco anos de vida, com poucas exceções. Os transtornos são caracterizados em termos de comportamento, e não em termos de comprometimento mental, apesar de ser usual haver algum grau de comprometimento cognitivo. Por isso devem ser diagnosticados independentes da presença ou ausência de quaisquer condições médicas associadas. O retardo mental não é um aspecto universal dos transtornos invasivos de desenvolvimento, por isso é importante que seja codificado à parte se estiver presente.

O Autismo Infantil é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento, definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ ou comprometido manifestantes antes dos três anos de idade e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas: interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo“ (CID – 10, 1993).

A CID – 10 cita também o Autismo atípico, que é um transtorno invasivo do desenvolvimento que difere do autismo em termos de idade de início ou de falha em preencher todos os três conjuntos de critérios diagnósticos (interações sociais recíprocas, comunicação e comportamento restrito, estereotipado e repetitivo). Surge, geralmente, em indivíduos retardados profundamente ou com um grave transtorno específico do desenvolvimento da linguagem receptiva.

Segundo Lorna Wing (1996) o autismo pode ser considerado como um padrão de comportamento, que foi produzido como um resultado final de uma longa seqüência de causas, de forma complexa, não havendo como explicar em poucas palavras.

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o Transtorno Autista é classificado como Transtorno Global do Desenvolvimento, dentro dos Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência. Os outros transtornos incluídos nesta seção são: Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Eles são definidos por severos déficits e comprometimento global em diversas áreas do desenvolvimento e, assim como na CID – 10, incluem prejuízo da interação social recíproca, prejuízo da comunicação e a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

O Transtorno Autista é chamado também de autismo infantil precoce, autismo da infância e autismo de Kanner. Suas manifestações variam de acordo com nível de desenvolvimento e da idade do sujeito. Sendo que, suas principais características são o desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses (DSM-IV-TR, 2002).

Dentro do âmbito do comprometimento da interação social, estão os comprometimentos do uso de comportamentos não-verbais, o fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares que sejam próprios do nível de desenvolvimento do indivíduo, a ausência da busca espontânea pelo prazer compartilhado, os interesses ou realizações com outras pessoas, a falta de reciprocidade social ou emocional e o comprometimento da percepção da existência dos outros. Já dentro do âmbito do comprometimento da comunicação estão o atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada, o

comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversação, o uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou a linguagem idiossincrática, a ausência dos jogos variados e espontâneos de faz-de-conta ou de imitação social próprios do nível de desenvolvimento, o timbre, entonação, velocidade, ritmo ou ênfase anormais da fala que se desenvolve, as estruturas gramaticais imaturas, o uso estereotipado e repetitivo da linguagem e compreensão da linguagem freqüentemente atrasada (DSM-IV-TR, 2002).

Autistas tem padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades. Pode haver uma adesão aparentemente inflexível à rotinas ou rituais específicos e não funcionais, padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco, maneirismos motores estereotipados e repetitivos ou preocupação persistente com partes de objetos (DSM-IV-TR, 2002).

Ainda segundo o DSM-IV-TR (2002), 5% dos irmãos de indivíduos com o Transtorno Autista também apresentam a condição, sendo maior o risco de apresentar o transtorno para esses. E, geralmente, não existe um período de desenvolvimento normal, embora é provável que em 20% dos casos os pais descrevam um desenvolvimento relativamente normal por um ou dois anos.

Segundo Gauderer (1997), o Autismo ocorre isoladamente ou em associação com outros distúrbios que afetam o funcionamento do cérebro, como: infecções viróticas, distúrbios metabólicos e epilepsia. Quanto ao Q.I. de crianças autistas, aproximadamente 60% mostram resultados abaixo de 50, 20% entre 50 e 70 e apenas 20% tem inteligência maior do que 70 pontos. A maioria mostra uma ampla variação de resultados, que oscilam em tempo e em diferentes testes. As formas mais graves dessa síndrome apresentam sintomas como os de autodestruição, gestos repetitivos e, raramente, comportamento agressivo, que podem ser muito resistentes a mudanças, necessitando freqüentemente de tratamento e técnicas de aprendizagem criativas e inovadoras.

O autismo possui uma etiologia ainda desconhecida. Inúmeros estudos têm tentado desvendar os fatores genéticos associados à doença. E as causas neurobiológicas, associadas ao autismo, tais como convulsões, deficiência mental, diminuição de neurônios, sinapses nas amígdala, hipocampo e cerebelo, tamanho aumentado do encéfalo e concentração aumentada de serotonina circulante, sugerem forte componente genético (Carvalho e cols, 2004).

A expectativa de vida para uma pessoa portadora de Autismo é normal. Uma reavaliação periódica é necessária para que possam ocorrer ajustes necessários quanto às suas necessidades, pois os sintomas mudam e alguns podem até desaparecer com a idade (Gauderer, 1997).

Apesar das classificações americana (DSM IV), francesa (CFTMEA) e psiquiátrica internacional (CID 10) partirem da descrição sintomática de Kanner, diferem-se em suas conclusões. Enquanto as classificações internacional e americana a descrevem como “distúrbios invasivos do desenvolvimento”, a francesa a descreve dentro de uma perspectiva psiquiátrica da psicose infantil (Amy, 2001).

O diagnóstico nem sempre é simples, pois se encontram características e estruturas autísticas em outras doenças mentais. Esse fator pode introduzir, nas famílias, a dúvida e a confusão que os leva a não saber no que acreditar e o que fazer (Amy, 2001).

Atualmente, a descrição de Kanner permanece válida, apesar de controvérsias sobre a idade de aparecimento do autismo, ou sobre o perigo de um diagnóstico precoce. As perspectivas evoluíram e as pesquisas progrediram, porém as hipóteses do autor foram um campo vasto para que outros pesquisadores levassem a diante, e o citassem em seus escritos e na história sobre o Autismo (Amy, 2001).

CAPÍTULO II – O TRATAMENTO PARA O AUTISMO E SEU HISTÓRICO

Por suas dificuldades de comunicação, a criança autista foi considerada, como “intestável”, durante algum tempo. As escalas clássicas de avaliação pareciam inadequadas, devido aos problemas específicos dessas crianças. Atualmente há escalas adequadas, que incluem itens que avaliam as capacidades no campo da percepção, imitação, motricidade, comportamentos da comunicação e coordenação sensorial. Como por exemplo, a EDEI, de Perron e Mises, a ECA-N, de Lelord, a CARS e a PEP, de Schopler (Amy, 2001).

Em 1960, nos Estados Unidos, protestos de pais, educadores e pesquisadores contribuíram para a formulação de uma lei tornando obrigatória a educação para a criança deficiente. O mesmo movimento, a favor dos deficientes, se obteve na França pela lei de orientação de 30 de junho de 1975. Houve então, a educação obrigatória, que permitiu aos pais desculpabilizados se tornarem parte integrante do projeto educativo de seus filhos. Entretanto, possibilitou o limite exclusivamente psicopedagógico (Amy, 2001).

A noção de *déficit* surgiu, ligada ao critério de “distúrbios invasivos do desenvolvimento”, no lugar do sintoma. Essa nova noção acentua a idéia da incapacidade ou da inexistência de determinadas funções, enquanto que o sintoma permitia esperar uma possível recuperação. A criança autista, evoluindo de maneira satisfatória, contradiz essa noção, uma vez que pode-se emergir nela aquilo que acreditava-se ser dominado pela ausência. Conclui-se que essa noção de *déficit* é bastante discutível, pois pode parecer confortável essa idéia produzida, onde o “não há nada a fazer” alivia (Amy, 2001).

O tratamento vem evoluindo a cada ano que passa, tanto na área escolar como na médica. A abordagem destas crianças, de uma forma geral, é semelhante à do deficiente mental grave, usando-se técnicas comportamentais visando a induzir uma normalização de seu desenvolvimento e lhes ensinando noções básicas de funcionamento, tais como vestir, comer, higienização, etc. São utilizadas também técnicas especiais de educação detalhadas em grande profundidade nos livros mencionados. A mais conhecida é o método TEACCH (Gauderer, 1997).

Segundo Bastos e Mendes (2001), o tratamento para crianças autistas não é específico, e consiste numa combinação de tratamento medicamentoso, programas de intervenção e diversas terapias como terapia comportamental, terapia de integração sensorial, psicoterapia, fonoaudiologia, entre outras.

Certos educadores buscam em diversas fontes alguns métodos para trabalhar, segundo aquilo que percebem do potencial da criança, como o método Maria Montessori, TEACCH e a Comunicação Facilitada (Amy, 2001).

Em uma época em que o autismo não era ainda uma doença conhecida, Maria Montessori trouxe um suporte educativo e pedagógico a essas crianças, que ela definia como “crianças deficientes”. O equilíbrio, o movimento, a linguagem, a audição, o humor, a capacidade relacional, o ritmo, a alimentação e a resposta familiar às dificuldades da criança permearam suas avaliações. Colocou que os educadores têm três tarefas sucessivas: ajudar a criança a fazer sozinha, contextualizando suas capacidades; mostrar-lhe as atividades que ela poderá imitar, dentro do que lhe interesse; e identificar o momento em que a criança se instala em um processo de repetição confortável mas inútil, e propor-lhe um material mais evoluído, permanecer sentado, no mesmo nível da criança, não mais ajudando-a materialmente. A pedagogia proposta se aplica à educação dos sentidos, da linguagem e/ou da lógica, bem como à vida prática e cotidiana. Como por exemplo, utilizar mesas e cadeiras pequenas, adequadas ao tamanho da criança. Propõe a utilização de um material concreto e progressivo (Amy, 2001).

O Método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*) foi posto em prática em 1966, por Eric Schopler. O projeto, que visava educar crianças autistas dos pais, foi oficializado em 1972, visto a eficácia do trabalho experimental (Amy, 2001).

Eric Schopler refutou a hipótese de uma patologia adquirida em um contexto relacional, e construiu estratégias educativas de modo que os pais aplicassem eles mesmos os métodos, quando não dispusessem de locais de acolhimento ou quando achassem necessário. Ele falou de uma “pedagogia sob medida”, pois o método considera as demandas da família, local e modo de vida, bem como as possibilidades de inserção escolar. O objetivo é que a criança tenha comportamentos cada vez melhor adaptados, por meio de interações sucessivas, onde ela possa compreender, e seja capacitada a agir sobre seu ambiente. Além dos comportamentos, autonomia, competência verbal e sociabilidade, as estratégias

educativas elaboradas insistem na perfeição, imitação e motricidade. A ausência de linguagem, por exemplo, pode ser substituída por códigos que usam imagens (Amy, 2001).

No que remete à competência verbal, Amy (2001) cita o exemplo que, num primeiro momento, a eclosão de sons é favorecida com o sopro de bolhas de sabão, seguido de um estouro com a emissão de uma exclamação que a acompanha. Posteriormente os dois sons são associados, há a repetição de duas exclamações, associando-as a gestos de comunicação, dizendo seu nome, e assim por diante. O trabalho em relação à motricidade fina objetiva emergir as capacidades de base, movimentando as mãos e os dedos controladamente, pegando um objeto com uma mão, sem ajuda; executando uma tarefa, manusear um objeto; empregando de forma cooperativa as duas mãos, etc. Esses exercícios são progressivos, estudados de acordo com a idade mental da criança (de zero à seis anos de idade) e consideram as aptidões e preferências da criança.

O método da Comunicação facilitada foi criado em 1987, na Austrália, por Rosemary Crossley, e visa regular o movimento, fazer compreender a associação entre o que se deseja e a maneira de obtê-lo, e levar o doente a autonomia crescente, além de colocar em conexão as aptidões, a percepção dessas aptidões e suas conseqüências. Estabeleceu esse conjunto de ações baseado na hipótese de que os distúrbios da expressão poderiam ser maiores que os da comunicação no autista; que a falta de motivação poderia ser atribuída à incapacidade de realizar; e que a ausência de linguagem verbalizada não excluía a linguagem interior. Propôs então um *facilitador* para o doente, que seria alguém que ajudasse com sua própria mão e/ ou movimento, a coordenar uma demanda e o gesto para realizá-la. Trata-se, primeiramente, de regular o movimento e buscar a compreensão da associação entre o que se deseja e a maneira de obtê-lo, levando o indivíduo a uma autonomia crescente de modo progressivo. Crossley propõe para os autistas, por exemplo, o aprendizado da escrita com uma máquina de escrever, pois é mais neutra emocionalmente e mais simples que a escrita gráfica (Amy, 2001).

Segundo Leboyer (1995) tanto os modelos etiológicos do autismo, como a história da clínica, refletem as grandes correntes psiquiátricas contemporâneas. São eles: psicodinâmico, orgânico e intermediário.

Os teóricos psicodinâmicos declaram serem biologicamente normais as crianças autistas ao nascerem, porém devido às condutas inadequadas dos

parentes, segue posteriormente o desenvolvimento dos sintomas. Apesar desse modelo atualmente parecer refutado, não se pode também esquecer por completo da situação social e familiar em que se desenvolve a criança. Isso porque o comportamento dos pais e das pessoas que convivem com ela pode influenciar agravando ou melhorando o quadro clínico, além de que a educação recebida por eles podem também influenciar o prognóstico e o desenvolvimento do transtorno (Leboyer, 1995).

Para as teorias orgânicas, opostamente às teorias psicodinâmicas, a patologia é principalmente a expressão de uma anomalia biológica congênita, e não mais devido às atitudes dos pais, em relação ao filho, onde esses agora pouco contribuem para a patologia (Leboyer, 1995).

Ainda segundo Leboyer (1995), um modelo intermediário foi proposto, ao qual afirma que o autista é considerado biologicamente deficiente e vulnerável, e que os pais também tem dificuldades em ajudá-lo.

Há um programa educacional, o Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI), cujo objetivo é modificar e majorar a estrutura cognitiva do indivíduo e transformá-lo em um pensador autônomo e independente. Desenvolvido por Reuven Feuerstein, o PEI é baseado na noção de que o uso ineficaz das funções resulta no baixo rendimento escolar. O PEI é aplicado em cinquenta países, inclusive em toda a América, e destina-se a pessoas a partir de 8 anos, para desenvolver seu potencial intelectual, especialmente àquelas com desmotivação para o estudo, memória seletiva, baixo rendimento escolar e dificuldade de aprendizagem. É realizado por meio de exercícios com lápis e papel, estruturados em unidade de complexidade cognitiva crescente e da mediação. Juntamente, o estudante é levado a entender o processo mental, o que favorece a aprendizagem e a meta-cognição, facilitando sua aprendizagem para melhor utilizar seu potencial. Considerando as funções pré-requisitos para um funcionamento cognitivo adequado, espera-se potencializar, desenvolver, refinar e cristalizar os pré-requisitos funcionais do pensamento, por meio da interação ativa entre o indivíduo e as fontes internas e externas de estimulação. Duas modalidades são citadas por Feuerstein como responsáveis pelo desenvolvimento cognitivo diferencial do homem: a exposição direta do organismo à estimulação, e a experiência de aprendizagem mediada (www.clinicadebiofeedback.com.br).

Considerando que estudos recentes apontam para o fato de que, geralmente,

as famílias com integrante autista procuram ajuda especializada quando a criança está por volta dos quatro anos de idade, a intervenção mais precoce, tão necessária neste quadro, é impedida. É necessário que o psicólogo seja conhecedor do desenvolvimento humano normal, para ter condições de detectar as áreas defasadas e comprometidas e, também, que esteja muito sensível às observações e relatos da família. A descontaminação de teorias e técnicas já desenvolvidas sobre o assunto é fundamental, para que seja possível por parte do profissional uma avaliação integral, não tendenciosa e que lhe dê subsídios suficientes para prosseguir com o processo diagnóstico de forma científica (Bereohff, 1997).

Aiello (2002), aponta que a literatura (como por exemplo, Scheibman, 2000; Rogers, 1998; Dawson e Osterling, 1997; Maurice e cols, 1996; Levaas, 1987) geralmente indica que os programas de intervenção mais eficazes com indivíduos autistas são aqueles que utilizam: um modelo comportamental, ou seja, princípios de aprendizagem aplicados ao comportamento humano; uma intervenção intensiva utilizando-se de muitas horas durante o dia (entre vinte e sete e quarenta horas semanais) e em muitos ambientes do autista; o ensino de habilidades variadas bem como redução de comportamentos inadequados em ambientes bastante estruturados; o mais precocemente possível, de preferência antes dos três anos de idade, a intervenção; um favorecimento dos sentimentos de competência dos pais e a diminuição do estresse emocional com o envolvimento da família na educação da criança; e o treinamento da manutenção e generalização dos comportamentos aprendidos pela criança.

Com o propósito de questionar a eficácia e os elementos comuns de oito programas de intervenção precoce de autistas nos Estados Unidos, Dawson e Osterling (1997) os revisaram e identificaram alguns ganhos específicos de desenvolvimento e em termos de inclusão nas crianças participantes desses programas. Posterior à intervenção, por volta de 50% delas foi incluído em classes regulares, e houve aumento de cerca de vinte pontos no QI de várias crianças. Contudo, houveram limitações apontadas em relação às conclusões, como por exemplo, até que ponto os ganhos relatados podem ser atribuídos à intervenção precoce (Aiello, 2002).

E finalmente, independente da intervenção utilizada, para Gauderer (1997) o que deve ser tratado é o indivíduo que se tornou portador de uma doença não desejada, e não a doença ou o paciente. O que é importante no tratamento é a

pessoa, e esta deve ser tratada como o todo, não valorizando o doente ou a sua doença acima do indivíduo.

CAPÍTULO III – AVANÇOS DO TRATAMENTO COM A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Atos individuais impróprios fazem parte do cotidiano das pessoas. Quando determinados atos são habituais, surge a necessidade para o tratamento. Um hábito dessa natureza, enraizado num estado orgânico, requer que o tratamento lide com esse estado. Já um hábito baseado na aprendizagem, a chave para a mudança deve ser fornecida pelo próprio processo de aprendizagem. Esses hábitos impróprios baseados na aprendizagem são da alçada da terapia comportamental (Wolpe, 1981).

De acordo com Franks (1996), a terapia comportamental (TC), também empregada como sinônimo de modificação do comportamento, possui inúmeras definições. Essas definições tendem a cair dentro de duas classes: doutrinária e epistemológica. As doutrinárias tentam vincular a TC a doutrinas, teorias, leis ou princípios de aprendizagem. Tendem a ser mais limitadas, porém não se ajustam a toda a TC. As definições epistemológicas tendem a ser excessivamente acomodativas e aplicáveis a muitas terapias não comportamentais.

Wolpe (1981) define a terapia comportamental como a aplicação clínica de princípios experimentalmente estabelecidos da aprendizagem. Para Todorov (1982) a análise experimental do comportamento utiliza-se de contingências e de relações funcionais como instrumentos para o estudo de interações organismo-ambiente. O experimentador manipula contingências em busca de relações funcionais e das condições (variáveis de contexto) nas quais podem ser observadas.

Alguns critérios básicos diferenciam a Terapia Comportamental de outras, considerando as definições de vários autores. Esses critérios explanam o uso do método experimental, de um conjunto de técnicas objetivas ou de princípios de aprendizagem decorrentes da Análise Experimental do Comportamento em situações laboratoriais (Conte, 1987).

A terapia comportamental deve ter entre seus objetivos desenvolver repertórios de contra-controle e da autonomia, além de descondicionar respostas indesejáveis. Quando realizada com crianças, deve incluir a orientação e o treinamento dos pais, já que a família é vista como um sistema social e o comportamento de cada um de seus membros depende e resulta do círculo de

interações e do sistema de retroinformação estabelecidos entre eles. Os comportamentos considerados apropriados e inaceitáveis resultam desses, onde os critérios são em geral pouco claros e múltiplos (Conte, 1987).

Para análise do comportamento, a idéia de determinação do comportamento autista está relacionada à identificação de relações funcionais entre o indivíduo e seu ambiente (Brandão, 1987).

O termo Terapia Comportamental é utilizado para qualquer uma das várias técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos (especialmente de aprendizado) para adquirir, mudar ou transformar construtivamente o comportamento humano (Leon e Lewis, 1997).

O processo terapêutico, para o terapeuta comportamental, propõe a *“tentativa de controle de variáveis ambientais que favorecem, por um lado, a extinção de respostas inapropriadas do indivíduo e, por outro, a aquisição de outras que o levem a uma atuação adequada em seu ambiente, no sentido de reduzir ao mínimo sua exposição às conseqüências negativas, e de aumentar ao máximo a probabilidade de expor-se a situações agradáveis”* (Conte, 1987, p. 23).

O atendimento ao cliente, dentro dessa visão, inclui a avaliação inicial, estudo do problema que ele traz, delimitação de metas, escolha de técnicas e procedimentos, implementação, avaliação passo a passo, avaliação final e seguimento (Conte, 1987).

Para Conte (1987) são necessárias e desejáveis a presença dos pais e da criança na terapia infantil, para que os resultados sejam mais satisfatórios, rumo a uma reestruturação positiva nas interações familiares, onde as alterações comportamentais devem ocorrer tanto com os pais como com as crianças. Similarmente, Bagaiolo e Guilhardi (citados em Guilhardi e cols, 2002) citam a importância da capacitação dos pais para se tornarem, por meio da Análise do Comportamento, agentes participantes e comprometidos com o processo de mudança de seus filhos.

De acordo com Bagaiolo e Guilhardi (2002). Dentro da Análise do Comportamento a intervenção comportamental com crianças autistas pode ser seqüenciada em passos pré-definidos. São eles: 1) Definição das classes de respostas a serem instaladas/ mantidas ou minimizadas; 2) Observação e registro dos comportamentos de interesse; 3) Estabelecimento da linha de base; 4) Estabelecimento das metas comportamentais a serem cumpridas; 5) Seleção dos

procedimentos a serem utilizados; 6) Planejamento da generalização e 7) Avaliação constante da intervenção proposta.

Alguns desses passos podem ocorrer ao mesmo tempo, não havendo um instante específico para a execução de cada um deles. Entende-se então que, num mesmo momento o analista comportamental avalia o repertório da criança e modifica seu ambiente, visando fortalecer os comportamentos apropriados e a não reforçar os comportamentos inadequados (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

O pressuposto de que o organismo opera no ambiente e produz conseqüências está no centro dessa intervenção. A definição dos comportamentos a serem modificados é realizada levando-se em conta o caráter topográfico de uma resposta emitida por uma criança, e pela função dessa resposta (ou seja, sua relação com os eventos precedentes e conseqüentes). Podem ser detectadas numa criança classes de respostas a serem minimizadas e instaladas ou fortalecidas. Como por exemplo, a autolesão, a agressão e a fuga, que podem ser agrupadas em classes de respostas de acordo com a função que exercem no ambiente (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

A observação e o registro de comportamentos possibilita a verificação de ocorrência de mudanças na direção objetivada nos processos comportamentais que se está trabalhando, vem como a evolução da criança a partir dos procedimentos adotados. Através dos dados observados e registrados, pode-se justificar, ou não, as intervenções que estão sendo utilizadas. E ainda, esse registro constante dos comportamentos observados ocorre durante toda a intervenção, e permeia todos os passos seguintes (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

A partir dessa observação e registro dos comportamentos da criança, durante a linha de base, o profissional pode estabelecer quais classes de respostas deverão ser instaladas e/ou mantidas ou não. Cabe ao terapeuta identificar as variáveis ambientais das quais o comportamento é função, e a opção por trabalhar com o comportamento é o que permite a ele detectar e medir a freqüência de comportamentos observáveis como, por exemplo, a freqüência de agressões de um autista em uma sessão de duas horas. E se a freqüência de comportamentos agressivos for alta, a importância de se direcionar para a redução dessas repostas é primordial. Desse modo, o terapeuta não trabalha com as características de personalidade, mas com o que a criança faz durante suas interações (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Partindo do pressuposto que o comportamento pode ser modificado com o uso de métodos que permitam uma interação organismo-ambiente, acredita-se que as mudanças esperadas são passíveis de previsão e controle. Com isso, o terapeuta estabelece quais objetivos, de acordo com cada criança, devem ser cumpridos a curto prazo (por exemplo, manter contato visual a partir de um chamado), médio prazo (a diminuição do número de agressões e autolesões) e longo prazo (o desenvolvimento de habilidades sociais, como a interação com outras crianças, ou a alfabetização) (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

O passo seguinte é a escolha dos procedimentos a serem utilizados. Cabe ao terapeuta/ pesquisador reavaliar seu procedimento e buscar outros alternativos nos casos em que a prosseguimento do tratamento se mostra ineficaz, a partir da comparação dos dados comportamentais de antes e depois do início da intervenção (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

O procedimento nomeado de tentativas discretas é exemplo de um método que pode ser utilizado para se ensinar novas habilidades. Este envolve quatro passos sucessivos: instrução (onde uma instrução clara é dada para levar a criança segui-la. Como por exemplo: Chamar pelo nome e fazer com que ele estabeleça contato visual); resposta da criança (registro das respostas corretas, incorretas ou de quando a criança não responde/ faz outra coisa, posterior à instrução do terapeuta); conseqüenciação (que são conseqüências sociais disponibilizadas as crianças por responderem, ou não, à instrução dada. Caso a resposta seja correta, é transmitido um material e/ ou uma conseqüência social com função reforçadora positiva para a criança, como elogios, comidas, fichas, carinho ou algo que ela goste. Caso a criança seja ajudada pelo terapeuta, e o objeto indicado for o correto, por exemplo, sua resposta é considerada correta, embora o registro da ajuda ocorra); e intervalo entre tentativas (intervalo de 3 a 5 segundos entre a disponibilização da conseqüência e a próxima instrução). Outros procedimentos que podem ser citados por facilitar a aprendizagem de novos repertórios para crianças especiais são: encadeamento de trás para frente (*backchaining*), hierarquia de dicas, modelagem e análise de tarefas (*task analysis*) (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Bagaiolo e Guilhardi (2002), citam o caso de Tales, uma criança de sete anos que, diagnosticada com autismo passou pela intervenção comportamental a partir das dimensões fundamentais da Análise Experimental do Comportamento. Seu tratamento, além de incluir o procedimento de tentativas discretas, já descrito

anteriormente, incluiu o procedimento de hierarquia de dicas e de DRO (reforçamento diferencial de outros comportamentos). A hierarquia de dicas tinha como finalidade levar a criança a responder independentemente, da maneira correta. Consistia em que as terapeutas de Tales partissem fornecendo uma determinada ajuda mais intrusiva, como pegar em suas mãos e levá-lo ao estímulo correto, no início da aprendizagem de uma tarefa específica, para uma mais sutil, como somente apontar para o estímulo correto. O DRO objetiva minimizar os comportamentos inapropriados da criança. E consiste no reforçamento diferencial de algum comportamento apropriado para o indivíduo ao comportamento que se quer minimizar. No caso de Tales, as terapeutas não disponibilizavam qualquer tipo de reforço quando ele emitia comportamentos de agressão, autolesão, choro e birra, pois objetivou-se diminuir essas respostas. Além de não demonstrar atenção, as terapeutas não interrompiam a atividade após a ocorrência dessas respostas. Por exemplo, se Tales chorava durante uma atividade, as terapeutas prosseguiam com ela, sem tanto contato físico junto a criança. E ainda, comentários como “Tales, pare de chorar!” não eram feitos, pois era considerado um reforço social para ele, pela atenção fornecida por seu choro.

Também foi utilizada a comunicação por cartão (PECS), objetivando a comunicação de Tales via troca de figuras. O sistema de comunicação através da troca de gravuras, ou PECS, é usado por pessoas com idades que variam de dois a vinte e um anos. O sujeito é encorajado a um comportamento comunicativo inicial e os itens selecionados são dados a ele como recompensa e reforço pela resposta (www.autismo.med.br).

As terapeutas utilizaram fotos/ figuras que simbolizassem várias situações, como “descanso” e, à medida que o comportamento de choro e/ ou fuga ocorria, as terapeutas colocavam a figura na mão da criança, e em seguida guiavam fisicamente Tales a entregar o cartão de “descanso” para uma das terapeutas. E quando ele entregasse o cartão, poderia ir para o intervalo, descansar. E então, ele recebia descanso e atenção pedindo via comunicação por cartão, e não pelo choro, o que é considerado mais adequado. Desse modo, as demandas da criança eram respeitadas, possibilitando-a formas alternativas e adequadas de expressá-las (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Para ocorrer a generalização dos repertórios adquiridos por Tales para outros contextos, as terapeutas arranjaram contingências, como trazer os pais para a

sessão e ensiná-los/ treiná-los a executar os procedimentos por elas propostos, para maximizar a possibilidade dele estender repertórios comportamentais adquiridos em um ambiente protegido, para outros contextos, integrando-o na sociedade em que vive. Os pais foram treinados a explorar o ambiente da criança com os conteúdos ensinados durante a sessão de terapia, levando, por exemplo, o livro de comunicação (PECS) para o contexto familiar. E, progressivamente, alguns parâmetros das contingências de reforçamento são esvanecidos, de forma que os comportamentos recém instalados se mantenham e não se enfraqueçam (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Esse procedimento vai de encontro com uma das críticas à área da Análise Aplicada do Comportamento, onde a intervenção se restringe ao *setting* terapêutico no qual foi realizada. Porém há uma preocupação de terapeutas e pesquisadores em generalizar os comportamentos modificados no *setting* terapêutico para outros ambientes, como também para outras classes comportamentais, esperando que essas mudanças se mantenham (Bagaiolo e Guilhardi, 2002). Considerando que o psicólogo deve ir aonde o comportamento se encontra (Todorov, 2004).

Tales iniciou o tratamento utilizando apenas duas figuras (no PECS) para comunicar-se (que eram “banheiro” e “intervalo”), sendo ajudado pelas terapeutas. Gradualmente, ele não recebeu mais assistência física e iniciou a utilização do livro de comunicação independentemente, aumentando o número de figuras, e levando a pasta de PECS para outros locais, além do *setting* terapêutico e de sua casa, por meio da família, supervisionada pelas terapeutas. Posteriormente, houve um avanço no sentido de que, ao invés de selecionar figuras referentes aos objetos ou situações, passou a selecionar palavras escritas referentes aos itens. Contudo, a vocalização da criança permaneceu em treino, para implementar o repertório vocal, mesmo com a utilização de PECS (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

O último passo da intervenção comportamental implica em que análises e avaliações periódicas do desempenho da criança sejam realizadas, a fim de que o terapeuta avalie a eficácia do procedimento por ele proposto. Dessa forma, ele pode realizar mudanças na intervenção, quando os resultados não ocorrerem da forma prevista e que os dados exigirem, reprogramando as contingências para o progresso acadêmico e social da criança. Esse pressuposto implica na “desculpabilização” da criança por não conseguir alcançar os resultados esperados com os programas destinados a seu aprendizado, cabendo ao terapeuta rever seus procedimentos,

modificá-lo, se necessário, e avaliar novamente o desempenho do autista após as alterações propostas (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Ainda segundo Bagaiolo e Guilhardi (2002), a “busca constante pela adequação do procedimento a ser utilizado, partindo sempre dos resultados alcançados, leva a um refinamento do proceder comportamental, aproximando mais uma vez o papel do terapeuta da função de pesquisador, afinando com os pressupostos metodológicos da Análise Experimental e Aplicada do Comportamento” (p. 76).

Os tratamentos a serem utilizados devem ser discutidos com os responsáveis e “cuidadores”, às vezes de forma exaustiva. E os que convivem com a criança autista, como pais, irmãos, avós, babás, vizinhos e profissionais da escola, devem ser treinados para compreenderem melhor os comportamentos autísticos e praticá-lo no cotidiano (www.autismo.med.br).

CAPÍTULO IV – A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E AS POSTURAS DO TERAPEUTA

A mudança de comportamentos que levam à diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras é, basicamente, a finalidade do processo terapêutico. Esse procedimento ocorre através de alguns procedimentos presentes numa relação interpessoal, como modelagem, modelação, descrição de variáveis controladoras e conseqüências dos comportamentos, aplicações de técnicas específicas, fornecimento de instruções e outros. Alguns autores apontam o sucesso dessas atividades ligado à qualidade da relação terapêutica, que deve ser vista como uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente (Meyer e Vermes, 2001).

É de extrema importância a questão do relacionamento terapeuta-cliente, e há, em maior ou menor grau, o sofrimento e a esperança de melhora. Dentre os fatores que interviriam nesse relacionamento, pode-se citar a habilidade do terapeuta de discriminar adequadamente sinais verbais e não-verbais apresentadas pelo cliente, em seu ambiente externo e privado que não é perceptível à observação direta pelo terapeuta, e a capacidade de reforçar e estabelecer uma relação de confiança e honestidade com o cliente. Além disso, também influenciam o processo o referencial teórico e filosófico adotado pelo terapeuta e a qualidade, fidedignidade e adequação de seu treinamento dentro desse referencial (Conte, 1987).

A própria relação terapeuta-cliente traz variáveis que adicionadas as do ambiente “externo”, se combinam e influenciam dinamicamente no comportamento dos dois (Conte, 1987). Essa relação tem sido vista de duas maneiras: como catalisadoras de mudanças a serem alcançadas por intervenções estritamente técnicas, ou como um ingrediente terapêutico em si mesmo (Rangé, 1998).

Segundo Beitman (1989, citado em Rangé, 1998), “uma relação terapêutica é algo que se refere às qualidades pessoais de um terapeuta, às qualidades pessoais de um paciente e à interação entre ambos” (p. 43).

Frieswyk e cols (1986, citados em Caballo, 1996) definem a relação (aliança) terapêutica como “*a colaboração do paciente nas tarefas da psicoterapia*” (p. 666). Essa relação remete a uma colaboração mútua do paciente e do terapeuta, onde este último objetiva conseguir a colaboração de seu paciente.

As limitações de desenvolvimento são importantes fatores na determinação do tipo de participação da criança no seu processo terapêutico. A participação da criança é praticamente ignorada, em muitos trabalhos que visam alteração do comportamento infantil. Essa exclusão implicaria em duas explicações, ou a criança não necessita aprender este tipo de atuação, ou não tem condições de se beneficiar dela por imaturidade (considerando o comportamento como função de variáveis ambientais, que o cliente deve identificar e manejar os antecedentes e conseqüentes de seu comportamento). Contudo, muitas vezes, a interação com o terapeuta é influenciada decisivamente pelas próprias práticas terapêuticas. A presença da criança favorece no sentido de uma possibilidade de avaliação mais fidedigna da situação e da intervenção pelo terapeuta, onde se pode conhecer o próprio ponto de vista da criança e compará-lo com informações colhidas dos adultos. E ainda, é necessária essa presença para que o terapeuta perceba a funcionalidade de seus comportamentos-problema, e oriente na escolha dos comportamentos alternativos mais viáveis e adequados a situação (Conte, 1987).

De acordo com Skinner (1974, citado em Neri, 1987) a relação de poder que envolve a terapia deve ser aumentada, não sendo muito grande no início. Isso implica em ser uma importante fonte de reforçamento social para o cliente, seguido da capacidade de auxílio e alteração dos esquemas aversivos ao qual ele está exposto, e a promoção da diminuição de suas respostas emocionais indesejáveis. Conforme o cliente atribui ao seu terapeuta a característica de não-punitivo, tenderá a verbalizar ou apresentar comportamentos que antes eram punidos ou passíveis de punição social, em sua interação com ele. Haverá um descondicionamento das respostas emocionais associadas aos conteúdos manifestos, se o terapeuta mantém-se como reforçador e favorece o aparecimento dessas respostas, dentro de uma hierarquia que cause uma ansiedade suportável ao cliente. Este seria para Skinner o ganho maior que o cliente obtém com as terapias tradicionais.

Porém Conte (1987) coloca que a terapia comportamental deve buscar ir além do descondicionamento de respostas indesejáveis apenas, como também almejar desenvolver repertórios de contra-controle e de autonomia. Wolpe (1981) diz que o objetivo da psicoterapia é igual ao de qualquer outro ramo de terapêutica: a remoção duradoura das origens do sofrimento e da incapacidade.

Alguns autores delinearam métodos e pesquisas congruentes com as premissas teóricas sobre o processo interpessoal em psicoterapia e atendendo ao

conjunto de variáveis que intervêm no processo terapêutico, a saber: a) antecedentes do paciente; b) técnicas do terapeuta, e c) relações entre variáveis (“não específicas”) (Gavino, 1996).

O terapeuta e o paciente estão constantemente mudando seu comportamento em resposta ao comportamento do outro. E embora o comportamento que se desenvolve em cada momento se encontre influenciado pelo comportamento do paciente, o terapeuta é geralmente guiado pelos objetivos da terapia. Para conseguir uma relação de colaboração entre o paciente e o terapeuta, este pode aplicar um sutil procedimento de modelação, pelo qual modela-se o comportamento do paciente num papel de colaboração com o terapeuta. Geralmente, a obtenção da colaboração do paciente é um complexo processo de influência social e exige a competência social nas conversações diádicas (Edilstein e Yoman, 1996).

Começou-se a dar importância, dentro das diferentes psicoterapias, a variáveis que há um tempo atrás eram relegadas por algumas abordagens. A empatia, aceitação e autenticidade, de Rogers, foram incorporadas como elementos necessários para que a terapia atinja seus objetivos. Entretanto, existem teorias que contemplam variáveis pessoais do paciente com favorecedoras ou não do desenvolvimento da terapia (Gavino, 1996).

De uma forma geral, pode-se dizer que existem três posturas: Primeiro, aqueles que consideram as suas próprias técnicas como o fator fundamental que decide o resultado terapêutico; segundo, aqueles que defendem a relevância de fatores não específicos como determinantes dos resultados, e terceiro, aqueles que consideram as variáveis do paciente e do terapeuta realmente importantes (Gavino, 1996).

A tentativa em pesquisar os processos terapêuticos, especialmente seu papel no sucesso do tratamento, é observada há alguns anos. Os autores falam indistintamente dos fatores específicos e inespecíficos. Por fatores específicos entende-se as atuações intencionais do terapeuta, como interpretação e habilidade de compreensão. Já por fatores inespecíficos, ao contrário, entende-se as qualidades inerentes a uma relação humana satisfatória que afete positivamente o sujeito. Contudo, tanto os fatores específicos como os inespecíficos se dividem em aqueles que se referem ao próprio terapeuta e os que envolvem diretamente o paciente (Gavino, 1996).

O “*Temple Study*” não encontrou relações significativas entre o comportamento do terapeuta e os resultados da terapia. Outros autores também não encontraram relações significativas entre o tipo de comportamento do terapeuta, a habilidade e a forma de comportamento interpessoal que se referem aos resultados terapêuticos (Gavino, 1996).

Quanto ao poder preditivo das variáveis do paciente para explicar os resultados terapêuticos, encontra-se várias contradições na literatura. Não existe um consenso assim como com as variáveis do terapeuta, sobre a escolha daquelas variáveis do paciente (Gavino, 1996).

Segundo Meyer e Vermes (2001), a relação terapêutica pode produzir bons resultados no tratamento. Schinder e cols (1989) colocam que uma das explicações para o fracasso do tratamento pode basear-se na negligência à relação terapêutica, que resulta no abandono prematuro da terapia e/ou no não-cumprimento das metas iniciais. Por isso, Vinck e cols (1998) dizem que o planejamento do trabalho a se realizar deve incluir o necessário para o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada. Também está relacionada à efetividade do tratamento, a percepção do cliente sobre essa relação.

Orlinsky e Howard (1978, citados em Caballo, 1996) revisaram estudos sobre as relações dos bons momentos em terapia com critérios de êxito, e concluíram que esses momentos caracterizavam-se por uma comunicação expressiva, concreta e não excessivamente racional, quando o paciente demonstra altos níveis de cooperação, coincidência e cumplicidade, por pacientes falando sobre si mesmo de uma forma pessoal e com algumas relações fluidas com seus terapeutas. Outros autores consideram bons momentos aqueles onde os pacientes evidenciam maneiras de ser e atuar, que em geral são aceitas como sadias, ajustadas ou normais.

De acordo com Meyer e Vermes (2001), as características pessoais contribuem para o êxito da terapia. Por isso é importante apontar quais são essas características e suas possíveis influências sobre o tratamento. A postura empática e compreensiva, a aceitação desprovida de julgamentos, a autenticidade, a autoconfiança e a flexibilidade na aplicação de técnicas são as características necessárias ao terapeuta apontadas pela literatura. Pesquisas como as de Rudy, McLemore e Gorsuch (1985) e Goldfried e Davidson (1976), demonstram que os

terapeutas que tem maior sucesso no resultado dos tratamentos, foram avaliados como “calorosos”, “amigáveis”, “comprometidos”, “tolerantes” e “interessados”.

Em uma pesquisa, realizada por Strong e cols (1971, citados em Rangé, 2001) foram explicitadas tanto as características necessárias ao terapeuta, como alguns comportamentos relevantes para a relação terapêutica. Altas taxas de comportamentos gestuais (como sorrisos e aproximação do corpo em direção ao cliente) são melhores avaliadas pelos clientes e observadores externos. Outros autores, como Miranda e Miranda (1993) e Rangé (1995), colocaram a importância de alguns comportamentos gestuais para uma boa relação terapêutica como, por exemplo, manter o contato visual (Meyer e Vermes, 2001).

Schaap e cols (1993, citados em Rangé, 1998) definiram sete comportamentos de terapeutas referentes à frequência de ocorrência, ao impacto no comportamento de pacientes e aos momentos nas sessões em que os comportamentos teriam maior impacto. São eles: 1) *Empatia, calor humano e compreensão*: são as categorias mais frequentes em psicoterapia, de uma forma geral, em que empatia faz-se importante para o alcance da revelação emocional dos clientes e, no início do tratamento é o principal comportamento do terapeuta por facilitar a comunicação do paciente, o desenvolvimento da confiança no terapeuta e na terapia, e envolver o paciente. 2) *Apoio*: ocorre de 3% das sessões iniciais até 10% nas finais. Envolve comportamentos como aprovação, confirmação e reforçamento do terapeuta, que se relacionam com as avaliações positivas que os clientes fazem sobre as sessões, a competência, a simpatia e a atividade dos terapeutas, e se correlaciona com o comportamento de cooperação do paciente posteriormente. Os terapeutas que menos apóiam, de acordo com esse conceito, estão entre aqueles que menos demonstram obter o sucesso terapêutico. 3) *Diretividade e controle*: aumentam a probabilidade de cooperação do cliente, e se referem a atividades de organização e andamento das sessões, e de encorajamento para pacientes exibirem determinadas condutas dentro ou fora das sessões, como dar instruções, conselhos ou prescrever tarefas. 4) *Questionamento*: envolve 15% em média do tempo da atividade terapêutica. Ocorre, pois terapeutas necessitam de informações sobre fatos e de explorar sentimentos. 5) *Clarificação e estruturação*: envolve cerca de 10% dos comportamentos terapêuticos, facilitam a estruturação do processo e dão informações sobre o contexto da terapia. 6) *Interpretação*: o terapeuta afasta-se da narrativa imediata e faz inferências sobre aspectos do cliente.

Há dados que indicam efeitos negativos de interpretações, pois podem funcionar como estímulos aversivos, aumentar a resistência e serem seguidas por rejeição. 7) *Confrontação e crítica*: envolvem 5% da atividade terapêutica. Identificam contradições ou discrepâncias no comportamento de pacientes e provocam reestruturações, porém podem aparecer como expressão do desamparo do terapeuta, surgindo como punições.

Kleine (1994, citada em Rangé, 1998) cita determinadas propriedades do comportamento de terapeutas que parecem favorecer a efetividade. Seriam: a *responsividade*, ou a habilidade para prestar atenção ao que o cliente comunica, sinais não-verbais ou a habilidade para identificar-se com o referencial do cliente; a *imediatez verbal*, ou responder prontamente, diretamente, o que acontece num determinado instante; *habilidades verbais*, que envolve a pergunta, a clarificação, o parafraseamento, o resumo, a interpretação, expressiva e fluente; o *uso criterioso de humor*, e a *competência lingüística*, ou a decodificação e uso de metáforas, ou paradoxos.

Sobre a efetividade, Rangé (1998) diz que ela “pode ser melhorada quando existir um clima de respeito, aceitação, compreensão das necessidades dos pacientes e quando o terapeuta for capaz de gerar expectativas positivas quanto aos resultados e uma efetiva participação” (p. 60). A interação didática, sobre um fundo amigável, caracteriza o processo interpessoal que se mostra mais produtivo em psicoterapia.

Segundo Falcone (2004), o terapeuta pode explorar os esquemas interpessoais do cliente e ajudá-lo a encontrar outras formas mais construtivas de reagir aos seus conflitos, pela identificação dos próprios sentimentos provocados pela reação do cliente. Isso também beneficia o crescimento pessoal do terapeuta, para o vínculo e para a mudança. Por exemplo, os sentimentos negativos do terapeuta diante da resistência do paciente podem enriquecer e facilitar o crescimento da relação terapeuta-cliente, pois esses sentimentos podem indicar que as pessoas que interagem com o cliente se sentem de forma semelhante, o que facilita o entendimento pelo terapeuta das respostas dessas pessoas frente a determinadas situações.

Características que podem dificultar o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica também existem. Elementos trazidos da história de vida do profissional podem trazer conseqüências negativas ao cliente, como as diferenças

de valores éticos, morais e religiosos, ou a identificação com o seu problema. Segundo Bischoff e Tracey (1999), uma postura do terapeuta diretiva demais pode acarretar em comportamentos de resistência do cliente, como as mudanças de assunto ou discordâncias (Meyer e Vermes, 2001).

Dificuldades para o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória são apontadas por alguns autores em terapeutas iniciantes. Alguns estudos indicam que os terapeutas experientes tendem a serem melhores avaliados pelos clientes e observadores externos, e apresentam melhor tolerância em relação a comportamentos do cliente ligados à raiva (Meyer e Vermes, 2001).

Como observado ao longo do capítulo, o estudo do processo terapêutico não é uma tarefa simples, pois não existem conclusões claras no presente, e há uma variedade de questões a resolver. Porém, é importante conhecer as variáveis que interferem no processo terapêutico para esclarecer os resultados obtidos (Gavino, 1996).

Elliot e cols (1987, citados em Caballo 1996) concluem que *“não há uma forma de resposta que seja melhor para todas as terapias, e estas formas devem ser estudadas segundo o contexto em que se encontram as características do paciente, o tipo de relações que se pretende estabelecer entre o terapeuta e o paciente, assim como as prioridades imediatas que o mesmo paciente apresenta”* (p. 135). Conhecer as táticas que são mais eficazes em cada técnica terapêutica, além de conhecer as formas de respostas mais adequadas de acordo com a terapia da qual se trata, pode ser acrescentado a essa premissa para se conseguir alcançar os objetivos terapêuticos.

CONCLUSÃO

O autismo ainda é bastante desconhecido, e há a necessidade de se buscar formas para aliviar os indivíduos autistas e suas famílias (Amy, 2001). Entretanto, juntamente com a preocupação de relevância social, o rigor científico faz com que os procedimentos de mudanças comportamentais empregados atendam às exigências da comunidade científica, bem como às exigências do portador do distúrbio e de pessoas próximas a ele. Protege e beneficia este, já que ele é submetido a procedimentos refinadamente eficazes, propiciando maiores benefícios, e promovendo a generalização. E ainda, por esses procedimentos serem avaliados, possuem eficácia funcional, não são supersticiosos e nem fantasiosos (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Enquanto críticos da aplicação generalizada de técnicas e procedimentos padronizados, é importante que, em contrapartida, os terapeutas analistas do comportamento tenham à sua disposição um conjunto de estratégias de intervenção que viabilizem o atendimento a esse tipo de população, já que existe demanda para tal. Essas estratégias, entretanto, devem responder à exigência de uma análise individual, consistente com os pressupostos da análise do comportamento.

É possível que o terapeuta comportamental encontre dificuldades para desenvolver o seu trabalho de forma coerente com os seus pressupostos teóricos, especialmente ao atender clientes autistas. Segundo Amy (2001), raros são os tempos de trabalho com autistas sem momentos de grande tensão ou emoção.

Contudo, a influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica, é de suma importância na terapia. Esse profissional deve estar habilitado não só para a aplicação de técnicas, mas também para a responsabilidade de construir um relacionamento que seja em si terapêutico.

Como características necessárias ao terapeuta, a literatura aponta, de uma forma geral, a postura empática e compreensiva, a aceitação desprovida de julgamentos, a autenticidade, a autoconfiança e a flexibilidade na aplicação de técnicas e alguns comportamentos gestuais para uma boa relação terapêutica.

Quanto aos programas de tratamento, a maior preocupação se refere à generalização da modificação do comportamento para outros ambientes, situações e

peças, uma vez que essas intervenções são administradas em ambientes isolados, como clínicas, instituições e escolas especializadas. Outra dificuldade existente é que essas intervenções requerem treinamento especializado de todas as pessoas que lidam com a criança (Bastos e Mendes, 2001). Sendo igualmente importante considerar o responder específico de cada cliente.

Segundo Meyer e Vermes (2001), o caminho da ciência é cumulativo. Começa com a revisão de literatura e o questionamento sobre a possível ligação entre a teoria e a prática, identifica as variáveis relevantes por meio de pesquisas descritivas e confirma cientificamente sua forma de atuação por estudos experimentais.

E, por meio do presente trabalho, sugere-se a necessidade de se continuar a averiguar se outros fatores também podem estar envolvidos na relação terapêutica, que influenciam os resultados da terapia, e incita-se a realização futura de outras pesquisas e estudos experimentais para verificação e um maior conhecimento a cerca do tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello, A. L. R. (2002). Identificação Precoce de Sinais de Autismo. Em: Guilhardi, H. J. e cols (orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, vol. 9.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Amy, M. D. (2001). *Enfrentando o Autismo: a Criança autista, seus Pais e a Relação Terapêutica*. RJ: Jorge Zahar.
- Bastos, R. e Mendes, R. C. (2001). Autismo e Esquizofrenia infantis. Em: Rangé, B. (org) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Bereohff, A. M. P. (1997). Abordagem Multidisciplinar no Autismo: O Papel do Psicólogo. Em: Gauderer, C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. 2ª ed. RJ: Revinter Ltda.
- Bondy, A. S. PECS: *The Picture Exchange Communication System*. Retirado em: 03/11/2005, www.autismo.med.br
- Brandão, M. Z. da S. (1987). Um Programa para Tratamento de uma Criança Autista. Em: Neri, A. L. (org). *Modificação do Comportamento Infantil*. Campinas, SP: Papyrus.
- Camargos Jr., W. (2001). *O Tratamento dos Portadores do Espectro Autístico*. Retirado em: 03/11/2005, www.autismo.med.br
- Carvalho, G.; Vergoni, N & Brunoni, D. (2004). Genética do Autismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 270-272.

- Conte, F. C. de S. (1987). Procedimentos e Metas em Terapia Comportamental: Implicações Éticas. Em: Neri, A. L. (org). *Modificação do Comportamento Infantil*. Campinas, SP: Papyrus.
- Edilstein, B. A. e Yoman, J. (1996). A Entrevista Comportamental. Em: Caballo, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos.
- Falcone, E. (2004). A Relação Terapêutica. Em: Knapp, P. (org). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Franks, C. M. (1996). Origens, História Recente, Questões Atuais e Estados Futuros da Terapia Comportamental: Uma Revisão Conceitual. Em: Caballo, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos.
- Gavino, A. (1996). As Variáveis do Processo Terapêutico. Em: Caballo, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos.
- Guilhardi, C. e Bagaiolo L. (2002). Autismo e Preocupações Educacionais: Um Estudo de Caso a partir de uma Perspectiva Comportamental Compromissada com a Análise Experimental do Comportamento. Em: Guilhardi, H. J. e cols (orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, vol. 9.
- Leboyer, M. (1995). *Autismo Infantil – Fatores e Modelos*. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus.
- Leon, V. C. de e Lewis, S. M. dos S. (1997). Informações e Esclarecimentos para os Pais. Em: Gauderer, C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. 2ª ed. RJ: Revinter Ltda.
- Lippi, J. R. S. Autismo e Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: Revisão Histórica do conceito, diagnóstico e classificação (2001). Retirado em 03/11/2005, www.autismo.med.br

- Meyer, S. e Vermes, J. S. (2001). *Relação Terapêutica*. Em: Rangé, B. (org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Referências Rápidas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ornitz, E. M. (1997). *Autismo*. Em: Gauderer, C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. 2ª ed. RJ: Revinter Ltda.
- Ornitz, E. M. e cols (1997). *Revisão Crítica da Literatura*. Em: Gauderer, C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. 2ª ed. RJ: Revinter Ltda.
- Pita, M. T. C. O que é PEI. Retirado em 03/11/2005, www.clinicadebiofeedback.com.br
- Rangé, B. (org.) (1998). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Campinas, SP: Editorial Psy.
- Todorov, J.C. (2004). Da Aplysia à Constituição: Evolução de Conceitos na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (2), 151-156.
- Wing, L. (1996). *Que é Autismo*. Em: Ellis, K. *Autismo*. RJ: Editora Revinter.
- Wolpe, J. (1981). *Prática da Terapia Comportamental*. 4ª ed. SP: Brasiliense.